

# **Faglige ambisjoner, statlig lovgivning og den kommunale praksis ved tildeling av langtidsplass i sykehjem**

Grethe Løken



Masteroppgave  
ved det erfaringsbaserte studiet i helseadministrasjon  
Avdeling helseledelse og helseøkonomi

Institutt for Helse og Samfunn, Det Medisinske Fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

28.11.2012.

© Grethe Løken

2012

Faglige ambisjoner, statlig lovgivning og den kommunale praksis ved tildeling av langtids plass i sykehjem.

Forfatter Grethe Løken

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Copycat, Skedsmo.

# Sammendrag

## Bakgrunn

Undersøkelsen fokuserer på tildeling av langtidsplass i sykehjem i et utvalg av norske kommuner, og den utfordring det kan være når tilgangen på søkere er større enn antall tilgjengelige plasser. Kommunene har ulik størrelse, og er inndelt etter små, middels store og store kommuner. Oppgaven tar for seg hvordan kommunene har organisert saksbehandlingen og hvordan selve tildelingen foregår. Videre tar undersøkelsen for seg de ulike verktøy som er tilgjengelige, herunder lov- og avtaleverk, beskrivelse av Helsetrappen og LavesteEffektive OmsorgsNivå (LEON), og IndividbasertPleieOgOmsorgsstatistikk (IPLOS). Kriterier og retningslinjer er sentrale praktiske verktøy der kommunenes ansatte har ulik praksis. Økonomi blir behandlet, og er et viktig område for kommunesektoren relatert til alle oppgaver som skal løses innenfor budsjetttrammene. Det avsluttende spørsmålet er om kommunenes ansatte mener det er behov for nasjonale kriterier ved tildeling av langtidsplass i sykehjem.

## Metode

Undersøkelsen baserer seg i all hovedsak på en kvantitativ spørreundersøkelse, der det ble sendt ut spørreskjemaer til 44 kommuner i Hedmark og Oppland fylker (se vedlegg s. 78). Universitetet i Oslo sitt verktøy spørreskjema "Nettskjema" ble anvendt. Det er knyttet opp til dataprogrammet Statistical Pacage for the Social Scienses (SPSS). Målet med undersøkelsen var å nå ansatte med spesiell kompetanse på tildeling av langtidsplass i sykehjem. Etter at spørreskjemaene hadde kommet inn ble det gjennomført intervjuer i tre kommuner for å utdype noen av svarene i den kvantitative undersøkelsen. Inndelingen av kommuner i forhold til størrelse ble opprettholdt.

## Resultater

Det kom frem flere interessante resultater i spørreundersøkelsen, som også er i tråd med annen gjennomført forskning. Behovet for mer overordnede kriterier og retningslinjer kom tydelig frem. Kommunenes ansatte opplever IPLOS som et nyttig verktøy som har utviklet seg positivt. Det er forskjeller mellom små, middels store og store kommuner på hvordan de opplever terskelen for tildeling av langtidsplass i sykehjem. Kommunenes økonomiske situasjon er ulik og varierer med antall innbyggere.

## **Konklusjon**

Det kan se ut som om det er behov for noen sentrale overordnede kriterier og retningslinjer som kan være en rettesnor for kommunene som verktøy, i likhet med IPLOS. Det kan sikre at lov/forskrift IPLOS og LEON gir likhet og likeverd for den enkelte bruker og kan oppleves å gi en mer lik og rettferdig tildeling. Bruk av vurderingsbesøk kan med fordel gjennomføres i større grad i alle kommuner, da det kan avklare den enkelte brukers behov for tjenester og nivået på disse. Arbeidet må utføres i samarbeid med Kommunenes Sentralforbund (KS) som er kommunenes ”fagforening”, da det vil få betydning både for kommunenes endrede praksis og ansatte.

# Forord

Det har vært svært krevende, men interessant å skrive en masteroppgave. Anledningen til å fordype seg innenfor et av de opplevde viktigste områder innenfor Helse- og omsorgssektoren i kommunene har vært svært nyttig.

Min datter har motivert meg og hatt stor tålmodighet i prosessen. Min venn har vært engasjert, kommet med innspill, motivert meg og lest korrektur.

Jeg vil rette en stor takk til mine veiledere Ida Torunn Bjørk og Tor Iversen. De ledet meg inn i en prosess slik at jeg fikk en forståelse for og oversikt over hva en masteroppgave skulle resultere i. Jeg fikk viktige innspill og avklaringer slik at jeg klarte å fullføre.

Ellers takk til venner og tidligere kolleger som har inspirert meg og kommet med gode innspill som har vært til stor hjelp.

# Innholdsfortegnelse

Faglige ambisjoner, statlig lovgivning og den kommunale praksis ved tildeling av langtidsplass i sykehjem.....	1
1 Innledning.....	8
1.1 Bakgrunn for og hensikten med oppgaven .....	8
1.2 Problemstillinger .....	10
2 Historisk tilbakeblikk og utvikling.....	12
3 Tidligere forskning på området .....	16
4 Oppgavens forankring .....	19
4.1 Aktuelt lov- avtaleverk .....	19
4.1.1 Kravet om faglig forsvarlighet .....	19
4.1.2 Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien).....	21
4.1.3 Rettighetsbestemmelsen og nødvendig helsehjelp .....	21
4.2 Helsetrappen og beskrivelse av Laveste Effektive OmsorgsNivå – LEON – prinsippet.....	22
4.3 Individbasert Pleie- og Omsorgs Statistikk (IPLOS) .....	23
4.3.1 Variabelsammensetningen I IPLOS .....	24
4.4 Likhet og likeverd.....	25
5 Metode.....	27
5.1 Design.....	27
5.2 Utvalg .....	27
5.3 Metode for innsamling av data .....	27
5.3.1 Spørreskjemaundersøkelse .....	27
5.3.2 Kvalitative intervju.....	29
5.4 Min forståelse .....	30
5.5 Ethiske overveielser.....	31
5.6 Validitet, reliabilitet og overførbarhet .....	32
5.7 Analyse .....	33
6 Resultater.....	34
7 Drøftingsdelen.....	52
7.1 Temagruppe 1 .....	52
Kommunens organisering og ansattes kompetanse ved tildeling av langtidsplass i sykehjem .....	52

7.2	Temagruppe 2 .....	54
	Retningslinjer og kriterier for tildeling av langtids plass i sykehjem .....	54
7.3	Temagruppe 3 .....	55
	Verktøy til bruk for vurdering om behovet for en langtids plass i sykehjem.....	55
7.4	Temagruppe 4 .....	58
	Kommunenes ressurstilgang og økonomi .....	58
7.5	Behovet for nasjonale kriterier ved tildeling av langtids plass i sykehjem .....	61
	Litteraturliste .....	63
	Vedlegg .....	69

# 1 Innledning

## 1.1 Bakgrunn for og hensikten med oppgaven

TV 2 hadde høsten 2010 en spørreundersøkelse til alle landets kommuner, der de kartla antallet sykehjemsplasser og etter deres vurdering det reelle behovet for sykehjemsplasser i Norge. Som et ledd i deres dokumentasjon ble brukere og pårørende intervjuet. TV 2 fokuserte på tilfeller der de mente den eldre hadde krav på en sykehjemsplass, men ikke fikk dette innvilget. Som en følge av det stilte de spørsmål ved om Norge har en verdig velferdspolitik. I valgkampen høsten 2011 var også sykehjemsplasser et tema. Det henvises til at det er for få sykehjemsplasser, og i den fremstillingen media har kan det virke som om det i kommunehelsetjenesten er kun ett alternativ: enten sykehjemsplass, eller ingen tilbud. I kommunehelsetjenesten er det tilrettelagte tilbud til innbyggere som har behov for hjelp og bistand, hvor det gjøres faglige vurderinger ut i fra den enkeltes bistandsbehov før vedtak treffes. Ansatte skal følge lov/forskrift og kriterier for å oppnå størst mulig likhet og rettferdig fordeling for de som er hjelpetrengende.

Min interesse for å belyse problemstillingen var som ansatt i kommunehelsetjenesten. Det opplevdes daglig et stort press på tildeling av langtidsplass i sykehjem, og at det var for få sykehjemsplasser. Konsekvensen ble plasser ut over det som der er normert for i sykehjem (overbelegg), der to brukere ble plassert på enkeltrom. Det er en uheldig og uverdig situasjon for den gamle, som førte til at pårørende klaget til det lokale Helsetilsynet på fylkesnivå om ufrivillig opphold i dobbeltrom. Dette er en utfordrende situasjon for ansatte, da det i praksis oppleves at forsvarlighetsnormen endres i takt med kommunens økonomi. Med to senger på rommene blir det svært trangt, og personlige eiendeler er det vanskelig å få plass til. Det er ikke plass til stoler å sitte i på rommene eller mulighet for privatliv. Dersom pasientene ville oppholde seg på rommet, var alternativet noen steder å sitte på senga. Å være dement og måtte dele rom med en annen person, anses å være en situasjon som både er uverdig og uforsvarlig da demente har behov for å bli skjermet.

Det lokale Helsetilsynet har en tilsynsrolle, men oppleves også i stor grad som en faglig samarbeidspart og veileder overfor ansatte innenfor helsetjenesten i kommunene for å oppnå beste praksis. Konsekvensene av Helsetilsynets pålegg er at kommunepolitikere må forholde seg til og følge disse. Helsetilsynet tar ikke hensyn til kommunens økonomi, men gjør



vurderinger som er basert på det som er til det beste for brukeren. Med denne erfaring som bakteppe var det interessant å kartlegge hvordan andre kommuner praktiserer utførelsen, hva de legger til grunn og deres vurdering ved tildeling av langtidsplass i sykehjem.

I sykehjem er det særskilte oppgaver som skal ivaretas innenfor den kommunale helsetjenesten med siktemål i hovedsak mot eldreomsorgen. Det er oppgaver som terminal pleie, avlastning, medisinsk attføring, permanent opphold og opphold i skjermet enhet for personer med aldersdemens. Sykehjemmene skal ha sykepleiere ansatt som er ansvarlige for det sykepleiefaglige tilbudet, og lege som er ansvarlig for det medisinsk-faglige. Sykehjem er et tilbud til pasienter som har behov for helsefaglig oppfølging med døgnopphold utover det som forsvarlig kan gis i eget hjem. All innleggelse i kommunale sykehjem er frivillig og skjer på bakgrunn av søknad med vedtak i hjemmel i kommunehelsetjenesteloven. I hovedsak eies og drives sykehjemmene av kommunene, men andre kan også eie og drive sykehjem. Drift av sykehjem var tidligere en fylkeskommunal oppgave, men ble en kommunal oppgave fra 1988.

I den vedtatte Samhandlingsreformen (St.meld. nr.47, (2008-2009), er det nedfelt som et prinsipp at kommunehelsetjenesten vil få et større ansvar for utskrivningsklare pasienter fra sykehus 01.01.12. Når en pasient er utskrivningsklar defineres det at han/hun er ferdigbehandlet i spesialisthelsetjenesten, og at kommunehelsetjenesten må overta den videre behandlingen. Det blir interessant å følge utviklingen og se hvordan kommunene klarer å tilpasse driften og legge til rette for mottak av utskrivningsklare pasienter.

Likhet og likeverdighet har en historisk politisk forankring som er selve grunnlaget for denne tenkningen. Ved tildeling av langtidsplass i sykehjem har kommunene organisert seg slik at de sikrer at faglige vurderinger blir ivarettatt før vedtak om tildeling av langtidsplass i sykehjem gis, der blant annet hjemmesykepleie, hjemmehjelp, pårørendes erfaringer og medisinskfaglige vurderinger ivaretar og begrunner at brukere har behov for en langtidsplass i sykehjem. I praksis opplever mange kommuner at det er en utfordring å følge opp de gode intensjoner - begrunnet med for få sykehjemsplasser, dårlig økonomi, mm. Ett av spørsmålene mine er om det er så ille som media, pårørende og ansatte til tider hevder at det er.

## 1.2 Problemstillinger

Det oppleves i kommunal praksis som om tilgangen på brukere til langtidsplass i sykehjem er større enn det antall plasser som er tilgjengelig. På bakgrunn av egne erfaringer og det dilemma det kan være for ansatte å prioritere, ønsket jeg å undersøke følgende:

Hvordan er kommunene organisert med tanke på personal som håndterer søknader og tildeler langtidsplass i sykehjem?

Hvilke retningslinjer og kriterier ligger til grunn for tildeling av langtidsplass i sykehjem?

Hvilke praktiske verktøy og /eller faglige vurderinger tas i bruk ved tildeling av langtidsplass i sykehjem?

Hoveddelen av min studie er den kvantitative undersøkelsen, der resultatene er organisert etter kommunenes størrelse. Det jeg har vært opptatt av er hvordan tildelingen av langtidsplass til sykehjem foregår. De verktøy, kriterier og retningslinjer for tildeling som er tilgjengelige ønsket jeg å se i lys av om kommunestørrelse har betydning i vesentlig grad.

Norge er et langstrakt land med store forskjeller, og mitt siste spørsmål er om det er behov for nasjonale kriterier ved tildeling av langtidsplass i sykehjem. Er det mulig at alle landets kommuner skal kunne behandle søknader om langtidsplass i sykehjem likt? Det fremkommer i dag store forskjeller når man skal ivareta behovet til brukere avhengig av om man bor usentralt på landsbygda eller sentralt i byen.

### Oppgavens oppbygging

I dette kapitlet har jeg presentert bakgrunn for og hensikten med studien og oppgavens problemstilling. Oppgavens videre oppbygging er som følger:

**I kapittel 2** presenteres et historisk tilbakeblikk og den utvikling som har vært med utbygging av eldreomsorgstilbudene i Norge fra etter 1. verdenskrig og frem til i dag.

**I kapittel 3** presenteres tidligere forskning på området som er vesentlig for de erfaringer som er gjort og den kunnskap som finnes. Denne kunnskap er vesentlig, da det ikke er mye forskning som finnes relatert til fagområdet. Det er grunnen til at jeg henviser til rapporter i dette kapitlet.

**I kapittel 4** presenteres oppgavens forankring, lov- og avtaleverk, og de kriterier som legges til grunn for å tildele brukere en langtidsplass i sykehjem.

**I kapittel 5** presenteres den kvantitative og kvalitative metode som er anvendt for å få belyst problemstillingen. Det danner grunnlaget for selve undersøkelsen.

**I kapittel 6** presenteres funnene som er gjort i den kvantitative og kvalitative undersøkelsen fra to fylker i Norge. Funnene er presentert i tabeller og viser ulikheter mellom små, middels store og store kommuner relatert til forskningsspørsmålene som er utgangspunktet for oppgavens problemstilling.

**I kapittel 7** vil jeg foreta en drøfting av sentrale funn sett i relasjon til oppgavens forankring i kapittel 4.

**I kapittel 8** presenteres oppgavens konklusjon.

## **2 Historisk tilbakeblikk og utvikling**

### **Fattigforsorg og gjenreisning**

**(- 1965)**

I Norge var det de frivillige organisasjonene som begynte å bygge ut eldreomsorgstilbudene. Etterhvert samarbeidet de tett med det offentlige. I 1940 var det 13 400 plasser fordelt på 476 alders- og sykehjem i Norge. I 1960 hadde antallet økt til 22 400 plasser fordelt på 754 institusjoner. 70 prosent av disse institusjonene var kommunale (St.meld. nr.25, (2005-2006) St.meld.nr.9, (2008-2009). Hjemmehjelpstjenester var organisert i nær halvparten av landets kommuner i 1965. Flere hjelpetrengende ble i denne perioden løftet ut av forsorgen og gjort til gjenstand for særomsorg og særlovgivning (St.meld. nr. 25, (2005-2006).

### **Den offentlige revolusjon**

**(1965 – 1980)**

Den offentlige revolusjon kom på midten av 1960-tallet, først gjennom lovgivning som deretter ble fulgt opp gjennom hele 70 tallet av en omfattende utbygging av ytelser og tjenester. Siste rest av det juridiske omsorgsansvaret for slektninger falt bort med ny lovgivning. Sammen med folketrygdloven av 1967 og sykehusloven av 1970 ble det lagt et lovmessig grunnlag for en omfattende utbygging og vekst i omsorgssektoren (St.meld. nr. 25, (2005-2006). Fylkeskommunene fikk ansvar etter sykehusloven av 1970 om å bygge ut og drive sykehjemmene. Gjennom forankring i lov om sosial omsorg beholdt kommunene ansvaret for aldershjemmene. Staten la opp til en refusjonsordning for sykehjemmene der de til å begynne med dekket 75%, deretter 50% av utgiftene. Det førte til at det frem til 1980 tallet, ble lagt et økonomisk grunnlag for den omfattende utbyggingen av sykehjem som da fant sted.

Opprettelse og midlertidig drift av hjemmesykepleievirksomhet kom i 1971. Denne tjenesten ble finansiert med 75% av godkjente utgifter over trygdebudsjettet og med 25% av kommunene frem til 1984. Ved innføring av "Lov om helsetjenesten i kommunene" ble hjemmesykepleien forankret i lovverket i 1984. Allerede på 1960 tallet ble det fastslått at velferdssamfunnet skulle være den enkeltes sikkerhetsnett. Imidlertid kom den "offentlige revolusjon" først på 1970 tallet. Omsorgstjenestene ble fordoblet fra 1970 til 1980 målt i

antall årsverk. Antallet som mottok hjemmetjenester og oppholdt seg i aldersinstitusjoner økte kraftig i samme periode (St.meld. nr. 25, (2005-2006)).

Det var flere årsaker til den kraftige veksten i velferdssamfunnets tjenester, og ønsket om å bygge ut velferdssamfunnet var et politisk ønske. Grunnlaget for at ekspansjon var mulig skyldtes den økonomiske veksten. Kvinnene beveget seg fra ulønnet omsorgsarbeid i familien til lønnet arbeid. Den sterke veksten i yrkesaktiviteten blant kvinner var å finne på både tilbuds- og etterspørselssiden i arbeidslivet. Stadig flere kvinner ville ut i arbeidslivet, og likestillingspolitikken fra 1960 tallet bidro med ideologisk legitimering. På grunn av en rekke reformer i helse- og sosialsektoren økte etterspørselen etter arbeidskraft. Det oppsto i perioden en ideologisk og verdimessig endring med vekt på enkeltindividets rettigheter, og økt satsing på utdanning. For utbyggingen av helse, skole og sosialt arbeid trengte velferdssamfunnet kvinnene. Godt voksne kvinner og småbarnsmødre ble inkludert i det voksende arbeidsmarkedet. Samfunnsstrukturen og utviklingen la opp til behovet for 2 inntekter for familier, hvilket betød at kvinner måtte ut i arbeid (St.meld. nr. 25, (2005-2006)).

## **Konsolidering og reorganisering (1980 – 1995)**

På 1980 tallet ble ordninger og tjenestetilbud konsolidert. Det pågikk en omfattende reorganisering av helse- og omsorgstjenestene for å sikre bedre ressursutnyttelse og prioritering. Perioden 1980-1995 var først og fremst preget av desentralisering og samordning. Ved innovasjon var målet å få kommunene til å se de ulike tjenestetilbudene i en sammenheng, og tjenestene ble desentralisert til lavest mulig forvaltningsnivå.

I perioden ble det gjennomført tre store reformer, der samordning av ansvar på lokalt nivå var et sentralt siktemål: kommunehelsereformen, sykehjemsreformen og reform for psykisk utviklingshemmede. Et betydelig større antall brukere og helt andre krav til faglig kompetanse ble et resultat av reformene. Som en følge av dette ble de kommunale omsorgstjenestene mer enn fordoblet.

Kommunene fikk ansvaret for å utvikle et mer helhetlig lokalt tjenestetilbud og utvikle et omsorgstilbud som kunne ivareta brukernes sammensatte behov. Brukerne skulle så langt som mulig få nødvendig hjelp slik at de kunne bo i nærmiljøet og være et aktivt medlem av familien og lokalsamfunnet gjennom hele livet. Prioritering og styring ut i fra lokale behov

skulle ivaretas ved et sterkt lokaldemokrati. Det ble innført et nytt system for fordeling av statlige rammetilskudd til kommuner og fylkeskommuner i 1986. 50 større og mindre separate tilskuddsordninger på statsbudsjettet ble erstattet av et nytt inntektssystem der formålet var å gi større rom for større lokal handlefrihet og prioritering, og å tilpasse oppgavene til lokale forhold. I 1988 fikk kommunene overført ansvaret for sykehjemmene. Det medførte en større mulighet til å se ulike tjenestetilbud til den eldre befolkningen i sammenheng, og kommunene fikk selv ansvar for de løsninger som ble valgt. Kommunene valgte utbygging av alternative tilbud for kostnaden av en alders- og sykehjemsplass. Det førte til at det i denne perioden ble bygd svært få nye institusjonsplasser. Alternative løsninger til botilbud som ble betjent av hjemmesykepleie og hjemmehjelp ble valgt. Dette medførte at flere eldre fikk ta del i det offentlige omsorgstilbudet, og kommunene kunne i større grad gi et mer differensiert tilbud utenom vanlig dagtid også for de som bodde i eget hjem med tilrettelagte botilbud (St.meld. nr. 25, (2005-2006)).

For en del brukere ga det større livskvalitet å motta hjemmetjenester i egen bolig eller i tilrettelagt bolig, fordi de var mer fleksible enn institusjonene. Dette førte til at utviklingen av omsorgsboliger ble prioritert utover i 1980 årene.

Omsorgstjenestene hadde vokst til å bli kommunenes største sektor etter at kommunehelsetjenestereformen, sykehjemsreformen og reformen for mennesker med psykisk utviklingshemming var gjennomført. Overføring av ansvar og oppgaver fra fylkeskommunene til kommunene var først og fremst årsak til veksten, og ikke i så stor grad en vekst i selve tjenestetilbudet (St.meld. nr. 25, (2005-2006)).

## **Effektivisering og fornyelse**

### **(1995-2005)**

Utfordringene om å tilpasse tjenestene til endrede behov og faglige muligheter, samt å tilby mer effektive og kvalitativt bedre tjenester pågår for fullt i kommunehelsetjenesten.

Effektivisering, fornyelse, kvalitetsarbeid og vekst i omsorgssektoren er det som preger årene 1995 -2005. For å sette kommunene i stand til å møte utfordringene som veksten i den eldre befolkningen medførte ble “Handlingsplanen for eldreomsorgen” (1998 – 2001) gjennomført. En sterk økning i antall årsverk i omsorgstjenestene økte fra 70 000 i 1995 til omkring 93 000 årsverk i 2002. Det var flest årsverk i institusjonstjenesten i 1995, mens det i 2005 er omtrent like mange årsverk i institusjon som i hjemmetjenesten.

De siste årene har sykehjemsdekningen vært noenlunde stabil. I takt med veksten i antall eldre har tallet på antall sykehjemsplasser økt. I følge St.meld. 25, (2005-2006), var det i 1989 19,2 plasser pr 100 personer over 80 år. I 2001 var det 18, 3 plasser. I 2005 var dekningsgraden den samme som i 1997 da “Handlingsplanen for eldreomsorgen” startet (St.meld. nr. 25, (2005-2006), Gautun og Hermansen, 2011)

“Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie”, ble gjennomført, der 95 prosent av alle rom i sykehjem skal ha enerom. Omsorgsboliger med hjemmetjenester har i perioden stort sett erstattet de gamle aldershjemmene. Det er siden 1994 bygd 25 000 nye omsorgsboliger.

St.meld.nr. 28, (1999-2000) ”Innhald og kvalitet i omsorgstenestene” og St.meld.nr. 25, (2005-2006) ”Betre kvalitet i dei kommunale omsorgstenestene” er stortingsmeldinger der kvalitetsutvikling er hovedfokus. Kvalitetsarbeidet har hatt som hovedmål å utarbeide faglige nasjonale retningslinjer. Det er etablert nasjonale medisinske kvalitetsregistre for å fremskaffe et kunnskapsgrunnlag for videreutvikling av tjenestene gjennom forskning (St.meld.nr. 25, (2005-2006). Det er i tillegg lovfestet krav om kvalitetsutvalg og opprettelse av internkontrollsystemer, og etablert kriterier for pasientrettighetsbestemmelser.

St. Meld. 47, (2008-2009 ), også kalt ”Samhandlingsreformen” videreføres etter St.meld. nr. 25, (2005-2006), og er vedtatt fra 01.01.2012. Med Samhandlingsreformen er det varslet at kommunene får et større ansvar for forebygging. Relatert til det er det vedtatt en ny lov om Folkehelse. Loven tydeliggjør kommunenes ansvar for forebygging og folkehelse. Ny helse og omsorgslov omtales underkapittelet om annet lovverk. Mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er det lovpålagt at det skal inngås samarbeidsavtaler med felles forståelse for oppgaver som skal løses for den enkelte pasient. For finansiering er det vedtatt at kommunene får et medfinansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter som er ferdigbehandlet i spesialisthelsetjenesten.

### 3 Tidligere forskning på området

Litteraturen i denne oppgaven er innhentet gjennom søk i PubMed, BIBSYS, i digitale utgaver av masteroppgaver ved Universitetet i Oslo og Bergen, Fafo, Telemarksforskning, Senter for omsorgsforskning ved Høgskolen i Gjøvik og Nasjonalt kompetansesenter for Aldring og Helse. Under arbeidet med oppgaven har jeg flere ganger søkt etter nye publikasjoner sammen med bibliotekar, men det er til nå lite forskning på dette fagområdet.

I en undersøkelse ved Senter for omsorgsforskning, Høgskolen i Gjøvik, ble det gjennomført en spørreundersøkelse med telefonintervjuer om organisering og tildelingspraksis ved tildeling av langtidsplass i sykehjem (Romøren mfl., 2010). I undersøkelsen intervjuet de pårørende til sykehjemspasienter, fagfolk og saksbehandlere med ansvar for vedtak om helse- og omsorgstjenester. Informantene var valgt ut fra to landkommuner og to bydeler i en storby. Resultater fra undersøkelsen viste at sykehjemsdekningen var større i landkommunene, men at bydelene hadde et større og mer differensierte tilbud på omsorgsnivåer under sykehjem. De gamle det ble søkt sykehjemsplass for var i gjennomsnitt 87 år, og fire av fem var kvinner. Erfaringene som ble presentert i rapporten viste at den eldre var i hjelpeapparatet gjennom flere år der de blir hjulpet hjemme før de fikk plass på sykehjem. Pårørende oppga at de var aktive i søknadsprosessen, og at det hadde betydning for utfallet, særlig i bykommunene. Avslutningsvis i denne rapporten ble det konkludert med at pårørende og ansatte ga uttrykk for at sykehjemstilbudet var for lite.

I et oppdrag for Fylkeslegen i Oslo og Akershus undersøkte Romøren mfl., (2011) også tildelingspraksis ved tildeling av langtidsplass i sykehjem. De valgte ut to landkommuner på Østlandet, henholdsvis en middels stor og en mindre, og to bydeler i Oslo kommune – en stor og en mindre også her. Informasjon fra ansatte/saksbehandlere ble innhentet gjennom gruppeintervjuer. Totalt ble 71 pårørende intervjuet med telefonintervju. Resultatet av undersøkelsen viste at ved tildeling av langtidsplass i sykehjem ble omsorgstrappen aktivt brukt (LEON), i tillegg til blant annet Individbasert Pleie- og OmsorgStatistikk (IPLOS) og faglig skjønn. Imidlertid så det ut til at prosenten for avslag der det søkes om tildeling av langtidsplass i sykehjem ikke var reell, da pårørende ofte ble anbefalt å trekke sin søknad om langtidsplass i sykehjem og søke andre tilbud på lavere trinn i omsorgstrappen.



Forskningsstiftelsen Fafo fikk høsten 2010 i oppdrag av Norsk Sykepleierforbund å gjennomføre et prosjekt for å belyse eldreomsorgstilbudet som gis i kommunene (Gautun og Hermansen, 2011). I studien ble det intervjuet 6 sykepleiere ansatt i eldreomsorgen fra tre kommuner, gjennomført spørreundersøkelse til 4187 sykepleiere, og gjort analyser av registerdata. I rapporten beskriver de dagens tjenestetilbud og om disse dekker behovet til den eldre befolkningen. De gjennomgikk annen forskning på fagfeltet, og utarbeidet egne fremstillinger basert på statistikk fra rapporteringer fra kommune til staten, Kommune STAT Rapportering (KOSTRA – for årene 2007-2009). Deres resultater viser i store trekk at det har blitt en økt bruk av hjemmetjenester de siste 20 årene, og at institusjonstilbudet er redusert. Antallet institusjonsplasser har i perioden 1989-2006 sunket fra 297 til 188 pr 1000 innbyggere 80 år og eldre. Det interessante er at institusjons- og boligdekningen for innbyggere 80 år og eldre målt ved antall enheter pr 1000 innbyggere viser at den var lavere ved avslutning av “Handlingsplanen for eldreomsorgen” i 2006 enn ved oppstarten i 1998. De viser at det reelt sett har vært en nedgang i bruk av hjemmetjenester for brukere 80 år og eldre, og at gruppen yngre brukere, 67 år og yngre, relativt sett har opplevd en dobbelt så stor økning. Kommuner som har mindre press på omsorgstjenester fra yngre brukere, tilbyr i større grad institusjonsplasser. Deres forskning viser at det er kommunenes ressurser og prioriteringer som er av stor betydning for hjemmetjenester og institusjonsplasser til eldre. Det økonomiske handlingsrommet legger de viktigste føringer for utformingen av det institusjonsbaserte tilbudet innen dagens helse- og omsorgstilbud i kommunene.

Forskningsstiftelsen Fafo fikk også et annet oppdrag for Oslo kommune ved Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester, der de gjennomgikk hvilken praksis Oslo kommunes bestillerkontor har ved behandling av søknader ved tildeling av sykehjemsplass (Moland, 2011). Studien baserte seg på gruppeintervjuer og fokusgruppesamtaler med aktuelle representanter i Oslo kommunes bydeler. I rapporten beskrives det at sykehjem er et tilbud i en rekke av tjenestetilbud. Jo bedre de andre tilbud er utbygd, jo mindre press vil det være på sykehjemsplasser. Saksbehandlerne bruker en rekke verktøy for å vurdere brukernes hjelpebehov og funksjonsnivå der Individbasert Pleie- og omsorgstatistikk (IPLOS) er et verktøy som anvendes av saksbehandlerne fordi det er pålagt. Som et verktøy i den totale vurderingen av tildelingen tillegges IPLOS liten vekt, da det var misnøye med selve verktøyet og at normene for verdifastsettelse ikke var klare nok. I studien fremkommer det ulike oppfatninger om praktiseringen av Laveste Effektive Omsorgsnivå (LEON). Det hevdes at tersklene for å få tildelt sykehjemsplass er for høy, og at det har en sammenheng med hvor

godt utbygd det totale tilbudet er. Det konkluderes med at en godt utbygd helse- og omsorgstrapp (LEON) fører til mindre behov for langtidsplasser i sykehjem.

SINTEF, KS og Universitetet i Oslo gjennomførte sammen med Telemarksforskning (2011) en undersøkelse for å definere betydningen av begrepene og verdiene likhet, frihet, rettferdighet og den lokale tilpasningen dette har i norske kommuner (Haukelien. mfl, 2011). Undersøkelsen bygger på 17 fokusgruppeintervjuer med ca 120 deltakere. Deltakerne er representanter fra frivillige organisasjoner, folkevalgte og administrative ledere og ansatte i ni ulike fylker representert ved ni kommuner i Norge. Hovedbudskapet i rapporten er at likeverd er den grunnleggende likhetsverdien for innbyggere i norske kommuner. Hensikten er ikke at alle behandles likt, men at tjenesteytingen ivaretar den enkeltes grunnleggende behov for anerkjennelse med det resultat at det fører til likeverdige og gode liv. Likeverdet uttrykker et krav om at det er mulig å tilpasse de offentlige tjenestene til den enkeltes behov og ivaretar deres verdighet. Det vises til at en viktig forutsetning for å oppnå dette er frihet til lokal tilpasning, og at kommunenes evne til lokal tilpasning er sterkt undervurdert.

## 4 Oppgavens forankring

I oppgaven har jeg valgt ut fire innfallsvinkler som rammebetingelser for tematikken i denne oppgaven. Det er elementer fra aktuelt lov- og avtaleverk, - laveste effektive omsorgsnivå, også kalt helsetrappen (LEON) og Individbasert pleie- og omsorgstatistikk (IPLOS). Den fjerde innfallsvinkel handler om de politiske likhetsprinsippene likhet, likeverd og praktisering av likhetsverdier i kommunehelsetjenesten.

### 4.1 Aktuelt lov- avtaleverk

Fra 01.01.12 ble det gjennomført en endring ved at ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester erstatter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven. Den nye loven viderefører de oppgaver og det ansvar kommunene har i dag etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven. Forsvarlige tjenester er særlig vektlagt i den nye loven, og kommunenes ansvar for at tjenestene som ytes skal være forsvarlige. Det er også foretatt endringer i pasientrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven.

#### 4.1.1 Kravet om faglig forsvarlighet

Standarden om forsvarlighet er et grunnprinsipp i helseretten. Dette er en rettslig standard. Det betyr at loven selv ikke inneholder de normene som skal etterleves, men at lovteksten henviser til en målestokk og til andre normer som ligger utenfor selve loven. Det er ikke nødvendig å endre lovene etterhvert som synet på hva som er forsvarlig endrer seg. Forsvarlighet og -kravet gjennomsyrrer alle lover og er rettesnor for en forsvarlig, kvalitetsmessig god praksis. Det uforsvarlige er motsetningen til det forsvarlige. Summen av de ovenfor nevnte handlinger eller driften av en virksomhet er enten å regne som forsvarlig eller uforsvarlig. Enten-eller skillet opererer både domstolene og tilsynsmyndigheten med, og det finnes ingen rettslig mellomting. Det er slik å forstå at forsvarlighetskravet juridisk sett i utgangspunktet er en minstestandard når det gjelder krav til faglig arbeid. Når minstestandarden ikke er opprettholdt, er det handlet uforsvarlig. Kjernen i kravet om forsvarlighet er at virksomheten skal strekke seg kvalitetsmessig ut over minstestandarden. I det ligger det dermed en forventning om at helsepersonellet og virksomheten bør ha et høyere ambisjonsnivå enn bare å gjøre det minste minimum som kreves, mens rettslig sett er kravet uttrykk for en minstestandard. Forsvarlighet og -kravet retter seg mot enkelthandlinger, for

eksempel sykepleierens måte å sette injeksjoner på, eller legens tilnærming til en undersøkelse ut i fra pasientens symptomer. Forsvarlighet går også på den hjelpen en ansatt gir over tid, og gjelder også driften av virksomheten totalt. Forsvarlighetsnormen har etter kommunehelsetjenesteloven et mer helhetlig utgangspunkt enn etter helsepersonelloven. Dersom det enkelte helsepersonell ikke kan bebreides for at en pasient blir skadelidende, vil likevel forsvarlighetsnormen i kommunehelsetjenesteloven kunne anses overtrådt. (Molven, 2009). Ansvar for faglig forsvarlighet er plassert på individnivå hos den enkelte utøver gjennom Helsepersonelloven § 4. Her har den enkelte yrkesutøver et pålegg om at yrkesutøvelsen må være i samsvar med kravet til faglig forsvarlighet, omsorgsfull hjelp og det som kan forventes ut i fra arbeidets karakter og situasjonen for øvrig relatert til helsepersonellens kvalifikasjoner. Spesialisthelsetjenesteloven § 2 – 2, refererer til at helsetjenester som tilbys og ytes skal være forsvarlige i henhold til denne loven (LOV -199-07-02-61). Statens helsetilsyn og Helsedirektoratet har gitt ut faglige retningslinjer der det er skissert hva som er god praksis i bestemte situasjoner. Tiltak og løsninger basert på oppdatert faglig og anerkjent kunnskap er beskrevet i retningslinjene. Fra myndighetenes side er det ikke helt klart om det som sies i retningslinjene er uttrykk for det optimale eller om det er å anse som minstestandard. Ved en eventuell fravikelse fra slike retningslinjer bør virksomheten og utøveren ha en særlig god faglig begrunnelse. Fra myndighetenes side forutsettes det at faginstanser og fagfolk kjenner til retningslinjer som er utgitt på deres eget fagområde. Forsvarlighetskravet er ikke konstant, men en dynamisk størrelse. Det skjer en utvikling innenfor de ulike fagområder grunnet forskning og faglig utvikling. Det som var forsvarlig for ett eller fem år siden er nødvendigvis ikke forsvarlig i dag. I helsepersonellens yrkesetiske retningslinjer ligger kravet om å holde seg faglig oppdatert. Kommunehelsetjenesten må i likhet med spesialisthelsetjenesten sørge for å utøve sine tjenester forsvarlig. Tilsynsmyndighetene i fylkene og Statens helsetilsyn kontrollerer dette og kommer med eventuelle merknader. Tilsynsmyndigheten har årlige planlagte tilsyn med utvalgte deltjenester, og i forbindelse med konkrete klagesaker pasienter tar opp. Ved tildeling og utøvelse av tjenestene er forsvarlighetsbegrepet det helt sentrale. Ansatte ivaretar forsvarlighetskravet på en best mulig måte, men de økonomiske rammene setter i praksis noen begrensninger. (Molven, 2009, Prop 90 L. (2010-2011))

#### **4.1.2 Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien)**

Forut for verdighetsgarantien var «Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie». Forskriften har vært gjeldende siden 1988, og trådte i kraft i 1989 (FOR 1988-11-14 nr. 932). Forskriftens hensikt var å ivareta de rettigheter som er viktige når personer må flytte fra eget hjem til institusjon. Det gjelder utforming av bygning, krav til ansattes kompetanse og fagbakgrunn med mer. Verdighetsgarantien har mer eller mindre overtatt for denne forskriften i praksis. Forskrift om en verdig eldreomsorg, Verdighetsgarantien er også en forskrift som trådte i kraft fra 01.01.11, der kommunen har en plikt til å tilby tjenester hvor verdighet og omtanke skal stå i sentrum (FOR-2010-11-12-1426). Verdighetsgarantien er en forskrift som gjelder den eldreomsorg som ytes etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven. Den skal klargjøre og sikre hvordan tjenestetilbudet skal utformes uavhengig av hvor tjenesten utføres. Forskriftens hensikt er å sikre retten til et verdig tjenestetilbud og nødvendig helsehjelp. I de kommunale helse- og omsorgstjenestene skal man sikre at alle brukere blir behandlet i samsvar med sine individuelle behov og den enkeltes selvbestemmelsesrett. Forskrift om verdighetsgarantien er i tråd med Forskriften om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene fra 2003 (FOR-2003-06-27-792). I forskriften er det listet opp noen hensyn som tjenestetilbudet må ivareta for å sikre en verdig eldreomsorg. Det punktet som er mye omtalt i media er retten til enerom for eldre som bor på institusjon (FOR-2010-11-12-1426).

#### **4.1.3 Rettighetsbestemmelsen og nødvendig helsehjelp**

Enhver kommune skal sørge for nødvendig helsehjelp for alle som bor eller oppholder seg midlertidig i kommunen, jmf kommunehelsetjenesteloven § 1-1. Kommunenes ansvar for helsetjenester er begrenset oppad til det statlige ansvaret spesialisthelsetjenesten har etter spesialisthelsetjenesteloven § 2 -1a. Etter at kommunehelsetjenesteloven kom, var det lenge tvil om § 2 – 1 ga folk noen materielle rettigheter. Mange hevdet at den bare var en planbestemmelse. Fusadommen fastslo i Høyesterett at kommunene uavhengig av sin økonomi må gi et minstemål av helsehjelp ut i fra pasientens behov for hjelp. Fusadommen gjaldt helsehjelp til en multipel sklerosepasient. (Rettstidende, 1990, s. 874). I kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven har brukerne et rettskrav på et tilbud som holder et forsvarlig minstenivå uavhengig av lokalpolitiske eller økonomiske vurderinger.

Ved tildeling av langtidsplass i sykehjem er retningslinjer og kriterier viktige hjelpemiddel for hvordan man som ansatt skal forholde seg ved tildelingen. Retningslinjer betyr veiledninger,

råd, anbefalinger. F.eks. har Helsedirektoratet utarbeidet retningslinjer for saksbehandling og dokumentasjon for pleie- og omsorgstjenester i 2006 (IS-1040). Disse er bare veiledende, men gir en god oversikt over bestemmelser som er styrende for kommunenes saksbehandling. Retningslinjene skal sikre forsvarlig saksbehandling og den formelle rammen rundt vedtakene. Disse sier ingen ting om kriteriene kommunene bruker for tildeling av langtidsplass. Retningslinjer gir de *formelle reglene* (de ytre reglene for korrekt fremgangsmåte) for tildeling av langtidsplass.

Ordet kriterium er grunnlag for en kategorisering. I den kvantitative spørreundersøkelsen til kommunene er det kategorisert som eksempel ved 4 -6 hjemmebesøk pr. dag, bruker klarer ikke å ordne seg mat og spise selv med mer. I så fall er dette et eksempel på et kriterium kommunen har satt for å tilby brukere en langtidsplass i sykehjem. Slike kriterier - eller vilkår for tildeling av langtidsplass i sykehjem er politisk besluttet ut i fra lokale forhold. At den enkelte kommunen har slike kriterier skal sikre likebehandling i kommunen. Like tilfeller skal behandles likt.

## **4.2 Helsetrappen og beskrivelse av Laveste Effektive OmsorgsNivå – LEON – prinsippet**

Tildeling av omsorgstjenester i kommuner er tildeling og fordeling av knappe goder. Verdens helseorganisasjon (WHO) innførte prinsippet om næromsorg; det såkalte LEON prinsippet. som betyr tildeling på “Laveste effektive omsorgsnivå” (<http://forebygging.no/en/Ordbok/L-P/LEON-prinsippet>). For å tildele tjeneste på rett nivå må det foretas en kartlegging av behov for bistand/assistanse hos brukerne. Dette vurderes opp i mot brukerens egne ressurser og muligheter som er i nærområdet, og det sosiale nettverket brukeren har. Rett bruk av helse- og omsorgstrappen ivaretar intensjonen om god samhandling, rett kompetanse og tildeling av tjeneste som ivaretar helsefremmende og forebyggende tiltak. De retter seg mot personer i alle aldre og med ulike behov og forutsetninger. Prinsippet er nedfelt som en kommunal og fylkeskommunal forpliktelse gjennom en rekke offentlige utredninger, planer og gjeldende lovverk. Kommunenes økonomi har gjort at de er svært omstillings- og endringsvillige (Vike, 2004). Størrelsen på kommunen kan være avgjørende for hvor mange trinn trappen inneholder, og forskjellene vil være mellom by- og landkommuner. Det er viktig å være klar over at de tjenester som kommunene yter i større grad etter hvert er til brukere under 67 år, de såkalte “ressurskrevende brukere” (St.meld.nr.25, (2005-2006).

## **4.2.1 Presentasjon av omsorgstrappen (LEON)**

På trinn 1. i omsorgstrappen rettes tiltakene inn mot brukere som i størst mulig grad har egenmestring og klarer seg selv hjemme i eget hjem eller i omsorgsbolig. Som eksempel her vil være trygghetsalarm, matombringing, tilrettelagte tiltak i eget hjem med montering av komfyrvakt som skrur seg av selv, sklimatte i dusjen, fjerning av filleryer, mm.

På trinn 2. i omsorgstrappen tildeles tjenester som praktisk bistand, med vask og hjelp i eget hjem. Det kan eksempelvis være hjelp til personlig stell, støttekontakt. Dagsentertilbud vil være et tiltak som gir avlastning til pårørende og andre omsorgspersoner slik at de får avlastning i et særlig tyngende omsorgsarbeid.

På trinn 3. i omsorgstrappen tildeles tjenester når brukeren har behov for helsehjelp, som for eksempel hjemmesykepleie.

På trinn 4. i omsorgstrappen er intensjonen å gi et tilbud om tilfredsstillende omsorgsboliger til brukere som tidligere bare hadde institusjonsplass som det eneste alternativ. Brukere som bor i omsorgsbolig vil bli vurdert på samme nivå som de som bor i en ordinær bolig. For brukere som får en tilrettelagt bolig kan det føre til et øket funksjonsnivå og en bedret tilværelse.

På trinn 5. i omsorgstrappen ivaretas det høyeste nivå på tjenester kommunen har. Tildeling av tjenester på dette nivået skal skje etter at alle andre trinn i tjenestetrappen er vurdert. For kommunen er dette den tjenesten som er mest ressurs- og kostnadskrevende, og den tjenesten som gir størst endring for brukeren. Sykehjem er det tiltaket som er tilrettelagt for brukere som har helse- og funksjonssvikt, og / eller mental/kognitiv svikt. Tiltaket er for brukere som har behov for langvarig medisinsk behandling, pleie- og omsorg og tverrfaglig behandling. Brukere på langtidsplass i sykehjem befinner seg oftest her i livets slutfase.

## **4.3 Individbasert Pleie- og Omsorgs Statistikk (IPLOS)**

IPLOS er betegnelsen på et nasjonalt register med data som beskriver bistandsbehovet for den som søker om eller mottar kommunale helse- og sosialtjenester, og hvilke tjenester som ytes.

IPLOS-registeret har som formål:

Å være grunnlag for overvåkning, kvalitetssikring, planlegging, overordnet styring og utvikling av sosial- og helsetjenesten, og sosial- og helseforvaltningen.

Det skal være grunnlag for forskning.

Det skal danne grunnlag for nasjonal statistikk for pleie- og omsorgssektoren. Det er et verktøy for dokumentasjon, rapportering og statistikk for kommunene og for statlige myndigheter.

Ved tildeling av langtidsplass i sykehjem er det fra statlig nivå både lover, forskrifter, retningslinjer og veiledere kommunehelsetjenesten må ha kunnskap om og forholde seg til ( IPLOS, IS-1112).

IPLOS prøveprosjekt startet 1. april 2002, med 30 prøvekommuner der målet var å klargjøre verktøyet for innføring i alle landets kommuner. IPLOS-registeret er hjemlet i lov av 18. mai 2001, nr. 24 om behandling av helseopplysninger (helseregisterloven) og forskrift av 17. februar 2006 nr. 204 om anonymisert register for individbasert pleie- og omsorgsstatistikk (IPLOS, IS-1831). Det er jevnlig rapporteringer til det sentrale registeret. IPLOS er en del av den enkelte bruker i kommunehelsetjenestens journal, men er ikke linket opp mot spesialisthelsetjenesten. Statistisk Sentralbyrå, SSB, er databehandler, og data om hver enkelt bruker oversendes dem. For ivaretagelse av personvernet blir data som oversendes i sentralt IPLOS-register anonymisert. IPLOS er ment å utfylle KommuneStatRapportering (KOSTRA) for å frembringe mer korrekte data, men vil ikke på sikt erstattes eller linkes opp mot KOSTRA. IPLOS brukes heller ikke av myndighetene ved beregning av de frie inntektene som overføres kommunene årlig. IPLOS er et viktig kunnskapsgrunnlag som skal ses opp i mot annen offentlig statistikk som Norsk Pasientregister, Reseptregisteret, Dødsårsaksregisteret, mfl. (Henviser til samtale med ansatte i Helsedirektoratet, 24.10.11).

### **4.3.1 Variabelsammensetningen i IPLOS**

IPLOS har noen kriterier som er ment å være et utgangspunkt til vurdering for brukere som søker om langtidsplass i sykehjem. Dette kalles bistandsvariabler og er knyttet opp i mot hvor mye bistand den enkelte tjenestemottaker har behov for. Hovedområdene det vurderes opp i mot er: Sosial fungering, Kognitiv svikt, Ivareta egen helsetilstand, Husholdsfunksjoner og Egenomsorg.



På individnivå – for den enkelte tjenestemottaker – kan IPLOS - data benyttes til tiltaksevaluering, planlegging og kvalitetssikring av tjenester opp i mot kommunenes budsjetter og behov for stillinger. Systematisk registrering gjennom IPLOS vil kunne bedre kommunenes planlegging og utvikling av tjenestene. For å sikre likebehandling og dermed øke rettssikkerheten vil riktig bruk av IPLOS være nyttig. Det er ingen andre land enn Norge som bruker IPLOS (Henviser til samtale med ansvarlige for IPLOS i Helsedirektoratet 24.10.2011). Siden IPLOS er et nasjonalt register var det interessant å ha spørsmål relatert til IPLOS med i den kvantitative spørreskjemaundersøkelsen for å få kommunenes tilbakemelding om de opplever at verktøyet er til hjelp i deres hverdag slik de ovenfor nevnte intensjoner beskriver (IPLOS, IS-1112).

## 4.4 Likhet og likeverd

Likhetstankegangen har lenge stått sentralt i norsk politikk, og har for sosialdemokratiet vært knyttet til utjevning av levekår. Et positivt mål var at befolkningen materielt sett skulle ha det likt. Utjevning av levekårene mellom samfunnsklassene var viktig, og gjennom velferdsstaten skulle man oppnå et økonomisk sikkerhetsnett for de svakeste i samfunnet (Gullestad, 2002). Likeverdig betyr ikke lik. Målet i denne sammenheng er ikke likt tilbud, men likeverdig tilbud. Vårt helsevesen er basert på prinsippet om at alle skal ha samme tilgang til helsetjenestene uansett alder, kjønn, etnisitet, religion, sosioøkonomisk posisjon og geografisk bosted. Tjenestene skal være like med hensyn til tilgjengelighet, bruk og resultat (Baldersheim og Smith, 2011). I Norge er den politiske betydningen av frihet og likhet uløselig knyttet til politikkens egen kulturhistorie, til velferdsstatens fremvekst og dens institusjonelle, særegne utforming (Haukelien. mfl, 2011). Likhetsbegrepet brukes på mange måter mellom nasjoner og internt i nasjoner. Likhetstankegangen er ikke norsk i den forstand at den bare finnes i Norge, men er norsk i den forstand at den er utbredt i Norge. Velferdsoppgaver er statens ambisjoner på vegne av kommunene, og i Norge løses store deler av disse i kommunene. Velferdsoppgavene lanseres gjennom reformer og tiltak. Som eksempel kan nevnes økt timetall i skolen, full barnehagedekning, enerom til eldre i sykehjem med mer (Baldersheim og Smith, 2011).

Relatert til tema som behandles i denne oppgaven er det sentralt å bringe inn verdien frihet. Verdien frihet knyttes til kommunal sektor som ivaretar og utøver offentlige tjenester som innbyggere flest anser som avgjørende for et verdig liv og et rettferdig samfunn. Den største

trussel knyttet til denne friheten er å prioritere i tråd med de lokalpolitiske ønsker. I forståelsen av verdien frihet er at statlig politikk er av det gode fordi det jevner ut forskjeller mellom kommunene og skaper rettferdighet (Haukelien. mfl, 2011).

# 5 Metode

## 5.1 Design

Oppgaven har et utforskende og beskrivende design (Lorensen, 1998) med to ulike tilnærminger hvorav en survey og etterpå oppfølgende kvalitative intervjuer. Den kvalitative og kvantitative undersøkelsen har gitt meg visse holdepunkter for å si noe om at resultatene er representative for et utvalg kommuner i Hedmark og Oppland fylker. Jeg valgte survey fordi det er lite forskning på området. Hensikten med undersøkelsen var også, relatert til faglige vurderinger og ulike verktøy, blant annet anvendelsen av lov og forskrifter i praksis.

## 5.2 Utvalg

Utvalget i denne studien var alle 44 kommuner i to fylker, Hedmark og Oppland i Norge (se vedlegg, s.76). Det var 27 kommuner som besvarte spørreskjemaet (61,3 %). Dette er et strategisk utvalg (Johannesen, Tufte, Kristoffersen, 2005), hvor en sikrer bredde fordi alle kommuner i to fylker blir invitert med, samtidig som det er begrenset til to fylker fordi det er et studentarbeid som har en tidsramme og et omfang å forholde seg til.

## 5.3 Metode for innsamling av data

I denne studien ble det samlet inn både kvantitativ og kvalitative data gjennom bruk av både survey og intervju. Det er undersøkelsens hensikt som er bestemmende for hvilken fremgangsmåte eller metode som skal anvendes for å komme frem til hensiktsmessige og relevante data (Dalen, 2004; Kvale og Brinkmann, 2009). Disse metodene ble valgt for å forsøke å gjenspeile den virkeligheten ansatte har som tildeler langtidsplass i sykehjem. Data ble samlet inn i perioden mai – september 2011.

### 5.3.1 Spørreskjemaundersøkelse

Det ble gjennomført en spørreskjemaundersøkelse som representerer hoveddelen av min studie, for innsamling av hovedsakelig kvantitative data. Dette kalles også en survey, og en surveyundersøkelse kan defineres som en spesiell type feltstudier der data samles inn fra en definert populasjon ved hjelp av spørreskjema (Johannesen; Tufte; Kristoffersen, 2005). Et

spørreskjema med forankring i utarbeidede forskningsspørsmål ble sendt ut til aktuelle ansatte i kommunehelsetjenesten. Målet var å nå en gruppe ansatte med kompetanse innenfor dette spesielle fagfeltet med å tildele langtidsplass i sykehjem. Når man skal måle enkle og forhåndsdefinerte responser hos relativt mange mennesker er det en fordel med en survey. Ideen og det som styrte utviklingen av spørreskjemaet og de spørsmålene jeg valgte hadde utgangspunkt i de forskningsrapportene som var gjennomført av Romøren mfl. (Gjevjon og Romøren, 2010, Landmark og Romøren, 2011). Etter telefonsamtale med Romøren i februar 2011, fikk jeg tillatelse til fritt å bruke spørsmål fra deres undersøkelse. De hadde i to rapporter tatt for seg spørsmål omkring tildeling av langtidsplass i sykehjem der temaer som organisering av saksbehandlingen, retningslinjer for tildeling av pleie- og omsorgstjenester, vurderingsbesøk hos pasienten før tildeling av langtidsplass i sykehjem. De hadde spørsmål om IPLOS registreringen hadde betydning ved tildeling av langtidsplass i sykehjem, og om pasienten fikk korttidsopphold før tildeling av langtidsplass i sykehjem ble behandlet. I deres undersøkelse hadde de spørsmål relatert til tildeling av vanlig langtidsplass i sykehjem og spørsmål som gjaldt plass i skjermet enhet/avdeling. Jeg adskilte ikke dette i min undersøkelse. Etter gjennomgang av spørsmålene i deres spørreundersøkelse mange ganger, tar spørsmålene i min undersøkelse for seg noen av de samme temaer, men har en mer dagligdags praktisk tilnærming og er ikke så omfattende. Jeg gjennomførte også samtaler med ansatte som tildelte tjenester i en av pilotkommunene før jeg besluttet og valgte de endelige spørsmål i min kvantitative spørreundersøkelse. (vedlegg s. 82) Det utarbeidede spørreskjemaet hadde både åpne og lukkede spørsmål. Jeg anvendte Universitetet i Oslo sin mal for spørreskjema, "Nettskjema", og opplevde det som et svært godt redskap til bruk for min undersøkelse. Nettskjemaet er knyttet opp til dataprogrammet Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) . For å sikre at spørsmålene i spørreundersøkelsen var forståelige og relevante sendte jeg ut en pilotundersøkelse til to store kommuner i ett av fylkene. Hensikten med pilotundersøkelsen var å få tilbakemeldinger om hvordan spørsmålene var utformet, om de var forståelige og formuleringene var gjenkjennbare og relevante i relasjon til deres daglige arbeidssituasjon. Det ble avholdt et møte med saksbehandlerne i en av kommunene, der vi gikk igjennom spørsmålene i det kvantitative spørreskjemaet før utsendelse. De ansatte hadde ingen kommentarer, og ga tilbakemelding om at spørsmålene var relevante relatert til deres arbeidssituasjon og daglige utfordringer. Resultatene fra pilotundersøkelsen er derfor inkorporert i det totale resultatet av spørreundersøkelsen (Fink, 2008).

### 5.3.2 Kvalitative intervju

Etter at spørreskjemaene hadde kommet inn besluttet jeg å foreta et intervju i tre kommuner, for å ha en kommunikasjon med ansatte. Målet var at de eventuelt kunne utdype noen av de svar som kom frem i den kvantitative undersøkelsen. Jeg ønsket å få svar på om det i praksis var store forskjeller på tildeling av langtidsplass i sykehjem, og intervjuet derfor en ansatt fra en liten, middels og stor kommune. Det å tildele langtidsplass i sykehjem var ikke en praksis jeg selv hadde innenfor eget fagfelt, og jeg satt ikke "tett på" tildelingsteamet som tildelte langtidsplass i sykehjem. Min erfaring relatert til dette ble gjennom andre, og observasjoner, eller når det var behov for min signatur der kommunen måtte kjøpe sykehjemsplasser utenfor egen kommune eller hos en privat aktør. De jeg skulle intervjuer, var spesialister innenfor sitt fagfelt, da en viktig del av deres arbeidsområde var å tildele brukere en langtidsplass i sykehjem. Jeg valgte tilfeldig ut de kommuner jeg intervjuet, relatert til den inndelingen jeg hadde foretatt i den kvantitative undersøkelsen, med stor, middels og liten kommune. På grunn av tiden jeg hadde til rådighet i prosjektet, og de store avstander som er i disse fylkene var det mest praktisk å gjennomføre intervjuet per telefon. Jeg utarbeidet en enkel intervjuguide der jeg anvendte noen av de samme spørsmål knyttet til den kvantitative spørreskjemaundersøkelsen. Temaene var relatert til lov/forskrift, IPLOS som nasjonalt verktøy og dets betydning som grunnlag for tildeling av langtidsplass i sykehjem. Samarbeid med pårørende var relevant, ressursituasjonen - om økonomi har betydning, og om det var behov for nasjonale kriterier ved tildeling av langtidsplass i sykehjem.

Det viste seg at i to av kommunene hadde de jeg intervjuet, svart på spørreskjemaet. I den tredje kommunen var det en ansatt som ikke kjente til min undersøkelse fra tidligere. Uansett tidligere deltakelse fikk alle informantene i min studie lik informasjon, for to av kommunene gjentatt informasjon om min undersøkelse før intervjuet startet. Jeg anvendte ikke skriftlig skjema for samtykke, men alle informantene ga muntlig samtykke. Det ble etablert kontakt med dem på telefon, og gjort avtale om tidspunkt først for å gjennomføre selve intervjuet. En slik type samtale avviker fra hverdagssamtalen, og som intervjuer hadde jeg en metodisk bevissthet rundt måten å stille spørsmålene på, fokusering på det jeg ønsket svar på og fikk til en dynamikk mellom intervjupersonen og meg som intervjuer. Det er opp til intervjueren å skape en kontakt som gjør det mulig å komme lengre enn til rene høflighetsfraser og meningsutvekslinger (Kvale og Brinkmann, 2009). Som intervjuer var jeg opptatt av å skape en atmosfære som gjorde at jeg fikk frem den ansattes opplevelser og erfaringer omkring

temaet. Jeg opplevde at informantene var forskjellige, der to av dem snakket mye og forklarte godt, mens en ventet på å bli spurt og var mer tilbaketrukket.

De tre intervjuene ble transkribert de påfølgende dager etter gjennomføringen. Skrivearbeidet gjennomførte jeg selv, og det ble ikke anvendt noe spesielt dataverktøy eller program til dette. Intervjumaterialet må transkribes for å klargjøre for en analyse. Hensikten er å omforme samtalen på en måte som representerer det informanten, her den som blir intervjuet, hadde til hensikt å meddele. Det hevdes at det alltid skjer en fordreining av hendelsen ved overføring fra tale til skrift, selv ved detaljert gjengivelse av ord for ord, da det naturlige talespråket som regel er oppstykket og uformelt sammenliknet med skriftspråket. Forskeren må derfor være oppmerksom på hvordan han/hun fremstiller informanten ved en mest mulig ordrett skriftliggjøring av samtalen, og unngå for eksempel å latterliggjøre informanten ved å referere til stotrende uttalelser. Som regel må teksten redigeres under skriving, og forskeren må velge en prosedyre for transkripsjon som er egnet for å få fram det som studeres (Malterud, 2003). Jeg startet med å transkribere det siste intervjuet først. Under transkriberingen av intervjuene oppdaget jeg at jeg nok var svært fokusert på å få fremdrift i spørsmålene, og det er mulig at jeg skulle brukt mere tid.

## **5.4 Min forståelse**

Ved alt forskningsarbeid har forskeren alltid med seg en egen forforståelse inn i forskningsarbeidet (Fangen, 2004). I denne sammenheng er min forforståelse tidligere arbeidserfaringer, observasjoner og oppfatninger relatert til teori. Jeg er både sykepleier og leder og befinner meg innenfor et fagfelt jeg kjenner godt. Det kan være en begrensning og en betingelse for den videre forståelsen Det er nødvendigvis ikke slik at forforståelse er noe negativt, men er faktisk en forutsetning for at man skal få frem ny kunnskap (Fangen, 2004). Fangen hevder at det som kreves er at du er klar over egen forståelse, og at man forblir åpen for det personene sier og ikke begrenser seg til sine egne forhåndsoppfatninger. Idealet er å ha et åpent sinn når man går inn i dette, men samtidig ha nok kunnskap til å nærme seg feltet på en hensiktsmessig måte (Fangen, 2004).

Det er viktig å ha en bevissthet omkring egen forkunnskap og hva som har ledet en frem til forskningsspørsmålene. Fordelen med å forske i eget fagfelt er at jeg forstår de språklige utsagn og kulturelle innfallsvinkler til temaet. Utfordringen slik jeg ser det, er å etablere en

distanse som gjør at jeg ikke har egne fordommer eller forventninger til fagfeltet, men møter med et åpent sinn og har kunnskap nok til å møte fagfeltet på en hensiktsmessig måte (Fangen, 2004). Min forkunnskap var en organisasjonsendring i egen kommune da vi etablerte et tildelingskontor. Vi la til rette for en tverrfaglig sammensetning av personell som skulle vurdere søknader om tildeling av langtidsplass i sykehjem, og la stramme økonomiske føringer for hvordan tildelingen skulle fungere. Mine erfaringer, holdninger og forkunnskap var det viktig i denne sammenhengen å sette til side, for å forstå hvordan dette fungerte likt og ulikt i andre kommuner. Denne utfordringen har jeg vært bevisst på i hele prosessen, og tenkte mye over rollen som forsker og leder underveis i arbeidet, og at jeg hørte etter i intervjuene hva som faktisk ble sagt og ikke hadde forventninger til hva de skulle svare.

## **5.5 Etiske overveielser**

Norges samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD) ble kontaktet før spørreundersøkelsen ble sendt ut. De bekreftet at det ikke var nødvendig med tillatelse til å gjennomføre spørreundersøkelsen av hensyn til personvernet. Deres tilbakemelding var at så lenge jeg ikke hadde spørsmål som kunne identifiseres og spores tilbake til den enkelte bruker, så var det ikke nødvendig med godkjenning fra dem.

Ved gjennomføring av kvalitative intervjuer er det viktig at anonymitet og konfidensialitet er sikret. I forskningen vil konfidensialitet si at forskeren ikke offentligjør data som kan føre til at den personlige identiteten til dem jeg skriver om kan avsløres (Fangen, 2004). I kvalitative intervju kan det komme frem andre ting enn der en bruker en kvantitativ metode hvor anonymiteten er sikret med gjennomsnittsberegninger i spørreskjemaundersøkelser (Kvale og Brinkmann, 2009). Alle informantene jeg intervjuet fikk informasjon om prosjektet før intervjuet startet, og mitt krav om å ivareta deres anonymitet ble det orientert om. Det var viktig for meg at informantene kunne svare på spørsmålene og være trygge på at materialet ble behandlet konfidensielt og ikke kunne spores tilbake til den enkelte informant. Alle spørreskjema, notater og lydbånd har jeg låst ned slik at det ikke er tilgjengelig for andre enn meg selv. Informasjon om deltakelse i et forskningsprosjekt er det orientert om, og informantens mulighet til å trekke seg underveis. For meg var det viktig å reflektere over forskerens rolle og den maktfordeling det kan være der forskeren relativt sett som regel er den sterkeste personen (Fangen, 2004).

## 5.6 Validitet, reliabilitet og overførbarhet

Validitet handler om i hvilken grad en metode undersøker det den er ment å undersøke og om tolkningen gjør forskningen til valid, vitenskapelig kunnskap. Når en skal validere en studie stilles spørsmålet om kunnskapens gyldighet. Den gyldighet kunnskapen får handler om forskerens evne til å kommunisere sin forskning. Dersom vi ikke klarer å formidle til andre det vi har gjort gjennom forskning, så forblir den ervervede kunnskapen privat og den kommunikative validiteten blir lav. For forskeren blir det viktig å stille spørsmålet om hvem som har interesse av kunnskapen som utvikles (Malterud, 2003). I min studie har det vært interessant å få kunnskap om hvordan tildeling av langtidsplass i sykehjem og eventuelt behovet for nasjonale kriterier er i eget fylke og nabofylket. Det er 430 kommuner i Norge som skal gjennomføre den samme oppgaven, herunder tildeling av langtidsplass i sykehjem. Det interessante er hvordan de som er ansvarlige for oppgaven på nasjonalt nivå/fylkesnivå delegerer oppgaven nedover i hierarkiet med blant annet aktuelt lov og regelverk, og hvordan aktørene ute i kommunene handler på bakgrunn av dette.

Datas reliabilitet, også kalt pålitelighet er et grunnleggende spørsmål i all kvantitativ forskning og representerer hele prosessen med utvikling av spørreskjemaet og frem til det endelige resultatet (Johannesen; Tufte; Kristoffersen, 2005). Dersom en annen forskers resultatet ble det samme, ville det vært uttrykk for høy reliabilitet. Dette kalles ”test-retest-reliabilitet”, og er et uttrykk for at to uavhengige undersøkelser kommer frem til samme resultat og at begge undersøkelsene sammen presenterer det virkelige bildet av situasjonen. Jeg hadde undersøkt og lest i det jeg fant av aktuelle dokumenter som gjaldt tildeling av langtidsplass i sykehjem før jeg utarbeidet eget spørreskjema, og var jevnlig i samtaler med tildelingsteamet på egen arbeidsplass og lokalsykehuset. Det gjorde at jeg fikk innblikk i hvordan behovet for langtidsplass i sykehjem var i egen kommune, hvordan det ble sett på og vurdert av andre utenfra, herunder lokalsykehuset og andre kommuner i nær omkrets. Resultatet av de undersøkelser jeg leste og gikk igjennom mente jeg ville ha overførbarhet til de kommuner der jeg gjennomførte min undersøkelse. Erfaringsmessig er det ikke veldig store forskjeller mellom kommuner i Norge, hvordan oppgaver og områder prioriteres. At jeg valgte de kommuner jeg valgte, og at de har ulik størrelse (innbyggertallet) mener jeg er det som kan gi min studie overførbarhet til landet for øvrig.



## 5.7 Analyse

Den kvantitative delen av undersøkelsen består av tall som analyseres statistisk som betyr en tallmessig systematisk beskrivelse. For å gjøre tallmengdene håndterbare og begripelige må dataene analyseres og bearbeides. Hvordan enheter fordeler seg til en egenskap eller en variabel er den enkleste formen for statistisk analyse. I spørreundersøkelsen er det noen av spørsmålene som har to verdier: ja og nei. I presentasjonen er svar fra undersøkelsen presentert som en frekvenstabell der det er oppgitt andelen respondenter som har svart ja og nei. Det hensiktsmessige er å prosentuerer når det er mer enn 20 respondenter (Johannesen; Tufte; Kristoffersen, 2005). I denne studien besvarte 27 kommuner, og det hensiktsmessige var å prosentuerer. Min undersøkelse begrenser seg til en variasjon med små, middels store og store kommuner. For små kommuner er grensen for innbyggertallet fra ca 1300 til ca 3000, for mellomstore kommuner fra ca 3100 til ca 13000, og for store kommuner fra ca 13000 til 33000. Dataene fra undersøkelsen i kommunene ble lagt inn i SPSS, versjon 3.1.0.10 (build 30.10). Frekvensanalyser er gruppert som beskrivende statistikk og kommunestørrelse som frekvensvariabel. I resultatdelen har jeg talt opp hvordan kommunens svar fordeler seg relatert til kommunestørrelse. De kvantitative dataene ble satt inn i SPSS. SPSS er et kommersielt program som er Universitetet i Oslo sitt verktøy. De åpne spørsmålene ble også sammenfattet og svarene ble gruppert i forhold til kommunenes størrelse.

Spørsmålene til den kvalitative undersøkelsen ble oversendt informantene før intervjuet fant sted, slik at de ble forberedt på tema og spørsmålsformuleringene. Ved analyse av intervjuene har jeg lagt vekt på meningssammenhengene for å forstå det som fører til konkrete handlingssituasjoner. Det kan også være overordnede statlige føringer som er lagt for tildeling av langtidsplass i sykehjem.

## 6 Resultater

Spørreskjemaet (se vedlegg s. 82) ble sendt til 44 kommuner i Hedmark og Oppland fylker (oversikt over kommuner, s.76). Pilotundersøkelsen er inkludert i svarmaterialet.

Svarprosenten i surveyen var 61,3 % (n=27). Undersøkelsen hadde 22 spørsmål totalt.

Spørsmål nummer 22 er unntatt offentlighet, da navnet på kommunen ikke skal presenteres. I fremstillingen er svarene organisert og delt opp etter små, middels og store kommuner da det er interessant å sammenlikne svarene deres. Det er 10 små, 12 mellomstore og 5 store kommuner. I presentasjonen av resultatene har jeg valgt å organisere spørsmålene i 4 temaområder. Temaområdene er organisert og relatert til spørsmålene i den kvantitative undersøkelsen.

Temaområde 1 inneholder spørsmålene fra 1.1 til 1.3. og er relatert til hvordan kommunene er organisert når det gjelder å tildele langtidsplass i sykehjem.

Temaområde 2 inneholder spørsmålene fra 1.4 til 1.9. Spørsmålene er ment å skulle kartlegge hvilke retningslinjer og kriterier som ligger til grunn for tildelingen av langtidsplass i sykehjem.

Temaområde 3 inneholder spørsmålene fra 1.10 til 1.15, og spørsmålene 1 -3 i den kvalitative delen, som tar sikte på å finne ut om kommunene bruker formaliserte eller uformaliserte verktøy når det vurderes om det skal tildeles langtidsplass i sykehjem.

Temaområde 4 inneholder spørsmålene fra 1.16 til 1.20, og spørsmålene 4 – 6 i den kvalitative delen, handler om ressurstilgang, herunder også økonomi og hvilken betydning dette har for tildelingen av sykehjemsplasser.

Avslutningsvis stiller jeg spørsmål i begge undersøkelsene om det er behov for nasjonale retningslinjer ved tildeling i av langtidsplass i sykehjem.

### **Temaområde 1**

Temaområdet viser hvordan kommunene har valgt å organisere seg ved tildeling av langtidsplass i sykehjem. Kommunenes ansatte ble spurt om modell for organisering av saksbehandlingen, og hadde mulighet til å krysse av for fire alternativer. I tabell 1 vises fordelingen av svar.

Tabell 1. Organisering av saksbehandling i kommunene.

	Små kommuner		Middels store kommuner		Store kommuner		Totalt	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Sentral tildelingsenhet/kontor</b>	0	0	7	59	3	60	10	37
<b>Søknad behandles av institusjonsleder</b>	2	20	1	8	0	0	3	11
<b>Søknad behandles av egne personer</b>	1	10	1	8	1	20	3	11
<b>Annet</b>	7	70	3	25	1	20	11	41
<b>Totalt</b>	10	100	12	100	5	100	27	100

Tabell 1 viser at de små kommunene skilte seg ut ved at de ikke hadde et sentralt tildelingskontor, men hadde organisert saksbehandlingen på mange andre måter.

Under svaralternativet Annet hadde ansatte i kommunene anledning til å presentere andre måter å organisere saksbehandlingen. Svarene vises i Tabell 2.

Tabell 2. Andre måter å organisere saksbehandlingen på.

Små kommuner	Mellomstore kommuner	Store kommuner
<b>Egne inntaksteam med virksomhetsleder, pleie- og omsorgsleder, tverrfaglig sammensatt.</b>	Samordningsutvalg for helse- og omsorgstjenester.	En sykepleiekonsulent og en vernepleierkonsulent som er vedtaksansvarlige i kommunen.
<b>Egne inntaksteam med mellomledere eller fagansvarlig for hjemmetjenesten</b>	Tverrfaglig team med ergoterapeut, fysioterapeut, avdelingssykepleier.	
<b>Fordelingsteam</b>	Ukentlig møte hvor leder for sykehjem, hjemmebaserte tjenester møtes.	

Tabell 2 viser at det i de små og mellomstore kommunene er mer vanlig å organisere tildelingen av langtidsplass i sykehjem ved at ansatte ute i tjenestene trekkes aktivt inn som ressurspersoner ved tildeling.

Kommunenes ansatte ble spurt om hvilken posisjon og kompetanse disse har som tildeler og fatter beslutning om langtidsplass i sykehjem. Svaralternativene vises i tabell 3, og ble

kategorisert da respondentene ga en beskrivende tilbakemelding i spørreskjemaet. I oppsummeringen er det krysset av samlet for den kompetansen som finnes i små, middels og store kommuner. Svaralternativene er organisert i forhold til personer med 3 – årig helsefaglig utdanning. For kommunelege og tilsynslege er det laget en egen kolonne, da disse rollene i praksis er skilt. Kommunelegen er ansatt og innehar stillingen i kommunen, mens tilsynslegen har oppgaven i tillegg til sin fastlegehjemmel.

Tabell 3. Posisjon og kompetanse hos ansatte som tildeler en langtidsplass i sykehjem

	<b>Små kommuner</b>	<b>Middels store kommuner</b>	<b>Store kommuner</b>
<b>Ansatte med 3-årig helse- og sosialfaglig bakgrunn</b>	X	X	X
<b>Ergoterapeut</b>	X	X	X
<b>Fysioterapeut</b>		X	
<b>Kommunelege</b>	X	X	X
<b>Tilsynslege</b>	X	X	
<b>Sosionom</b>	X		
<b>Saksbehandlere</b>		X	X
<b>Sekretær</b>	X		
<b>Vernepleier</b>	X		X
<b>Sykepleiere med kurs i forvaltning/helserett</b>	X	X	X

Respondentenes svar viser at det gjennomgående er god kompetanse i kommunene uavhengig av kommunestørrelse.

## Temaområde 2

Dette temaområde handler om kriterier og retningslinjer for tildeling av langtidsplass i sykehjem.

Kommunenenes ansatte ble spurt om kommunen har retningslinjer og kriterier for tildeling av langtidsplass i sykehjem. Det er redegjort for hvilke kriterier og retningslinjer under oppgavens forankring i kapittel 4.

Spørsmålene 5 og 6 oppsummeres samlet i tabell 4. I spørsmål 5 ble ansatte i kommunene spurt om de har retningslinjer som er førende for saksbehandlingen knyttet til tildeling av langtidsplass i sykehjem. I spørsmål 6 ble de bedt om å beskrive retningslinjene.

Tabell 4. Retningslinjer som er førende for tildeling av langtidsplass i sykehjem.

	Små kommuner		Middels store kommuner		Store kommuner		Totalt	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Ja</b>	4	40	4	33,3	4	80	12	44,5
<b>Nei</b>	5	50	2	16,6	0	0	7	26
<b>Annet</b>	1	10	4	33,3	1	20	6	22
<b>Ikke besvart</b>	0	0	2	16,6	0	0	2	7,5
<b>Totalt</b>	10	100	12	100	5	100	27	100

I tabell 4 er det den største kommunen som skiller seg ut, da 4 av 5 svarer at de har retningslinjer som er førende for saksbehandlingen. I små kommuner er det 4 av 10 som har retningslinjer for tildeling av langtidsplass i sykehjem. I middels store kommuner er det 4 av 12 som har retningslinjer for tildeling av langtidsplass i sykehjem.

Svaralternativene under Annet er kategorisert i tabell 5. I fremstillingen er det krysset av for de retningslinjer ansatte på kommunalt nivå mener er overordnede retningslinjer gjeldende for dem.

Tabell 5. Retningslinjer på overordnet nivå for tildeling av langtidsplass i sykehjem.

	<b>Små kommuner</b>	<b>Middels store kommuner</b>	<b>Store kommuner</b>
<b>*Langtidsopphold i institusjon tildeles når alle andre hjelpetiltak er vurdert /og eller utprøvd med sikkerhet ikke lenger er tilfredsstillende</b>	X	X	X
<b>*Laget egne kriterier etter LEON prinsippet</b>	X	X	
<b>Planverk og tjenestebeskrivelser, lovverk, saksbehandlingsregler og individuelle vurderinger av behov</b>	X	X	X
<b>Vi har retningslinjer for saksbehandlingen som i hovedsak følger direktoratets veileder tilpasset vår kommunes organisasjon og stillingsbenevnelser</b>			X
<b>Kommunen har kvalitetsstandard for langtidsopphold i institusjon som er vedtatt av kommunestyret</b>			X
<b>*Satt ned kriterier for tildeling av tjenester</b>	X	X	X
<b>Egen prosedyre som ligger i kommunens kvalitetssystem</b>			X

#### **Egen prosedyre som ligger i kommunens kvalitetssystem**

I tabellen er det satt inn \* utenfor noen av svaralternativene. Spørsmålet til ansatte i kommunene var om de hadde retningslinjer for tildeling av langtidsplass i sykehjem. Noen av respondentene besvarte spørsmålet med at de har kriterier.

Tabell 5 viser at det er forskjell mellom små, middels og store kommuner om de har gjeldende retningslinjer for tildeling av langtidsplass i sykehjem. De store kommunene følger Helsedirektoratets veileder og har tilpasset den til organisasjonen hva gjelder stillinger, kvalitetsstandard og egen prosedyre for det som er nedfelt i kommunens kvalitetssystem.

Kommunenes ansatte ble spurt om de hadde spesielle kriterier for tildeling av langtidsplass i sykehjem. De fremkomne svarene fra kommunene vises i tabell 6.

Tabell 6. Kriterier for tildeling av langtidsplass i sykehjem.

	Små kommuner		Middels store kommuner		Store kommuner		Totalt	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Ja</b>	5	50	7	58	3	60	15	55
<b>Nei</b>	5	50	5	42	2	40	12	45
<b>Totalt</b>	10	100	12	100	5	100	27	100

Tabell 6 viser at det er en relativ jevn fordeling der 50-60 % av alle kommunene, enten de er små, middels eller store, svarer at de har kriterier for tildeling av langtidsplass i sykehjem.

Når en ser på tabell 4, 5 og 6 samlet, så har de middels store kommunene like stor andel med kriterier som de store kommunene.

I tabell 7 er det kategorisert de svaralternativer respondentene i kommunene oppgir relatert til spørsmålet om hvilke kriterier de har for tildeling av langtidsplass i sykehjem.

Tabell 7: Kommunenes kriterier for tildeling av langtidsplass i sykehjem

	Små kommuner	Middels store kommuner	Store kommuner
<b>Behov for hjelp, tilsyn eller pleie hele døgnet</b>	X	X	X
<b>Må være faglig uforsvarlig, og vedkommende må ville ha plass og tett oppfølging av HBT (Hjemmebaserte tjenester) må være prøvd, og hatt 7 -8 besøk pr døgn.</b>	X	X	X
<b>Medisinsk faglige utfordringer som vanskelig kan la seg organisere i eget hjem.</b>			X
<b>IPLOS ligger til grunn samt en helhetsvurdering av totalsituasjonen.</b>	X	X	
<b>Følger fortrinnsvis en omsorgstrapp hvor sykehjem er øverst - LEON.</b>		X	

Respondentene i den middels store kommunen foretar en vurdering der IPLOS og LEON er med før det tildeles en langtidsplass i sykehjem. I tabellen er svaret fra den største kommunen i tråd med det de ellers har svart hva gjelder IPLOS som verktøy, der de svarer at de ikke helt stoler på verktøyet.

Kommunenenes ansatte ble spurt om kriterier for tildeling av langtidsplass i sykehjem er politisk vedtatt. Svaret vises i tabell 8.

Tabell 8. Om kriterier for tildeling av langtidsplass i sykehjem er politisk vedtatt.

	Små kommuner		Middels store kommuner		Store kommuner		Totalt	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Ja</b>	0	0	6	50	1	20	7	26
<b>Nei</b>	8	80	4	33	3	60	15	56
<b>Ikke svart</b>	2	20	2	7	1	20	5	19
<b>Totalt</b>	10	100	12	100	5	100	27	100

I tabell 8 er det 8 av 10 i små kommuner som svarer at kriteriene ikke er politisk vedtatt. I de middels store kommunene svarer 6 av 12 at kriteriene er politisk vedtatt, mens det i de store kommunene er 1 kommune der kriteriene er politisk vedtatt.

Kommunenenes ansatte ble spurt om de hadde kriteriene for tildeling av langtidsplass i sykehjem tilgjengelige for publikum på kommunens nettsider eller andre steder. Svaret vises i tabell 9.

Tabell 9. Kriterier tilgjengelig for publikum på kommunens nettsider.

	Små kommuner		Middels store kommuner		Store kommuner		Totalt	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Ja</b>	4	40	6	50	3	60	13	48
<b>Nei</b>	4	40	4	33	1	20	9	33
<b>Annet</b>	0	0	0	0	1	20	1	4
<b>Ikke svart</b>	2	20	2	7	0	0	4	15
<b>Totalt</b>	10	100	100	100	5	100	27	100



Respondentenes svar viser at 4 av 10 av de små kommunene, 6 av 12 av de middels store og 3 av 5 av de store kommunene har kriterier tilgjengelige for publikum på kommunens nettsider.

Kommunenenes ansatte ble spurt om de skiller på å tildele rettigheten til langtids plass i sykehjem i vedtak og selve tildelingen/innplasseringen. Svaret vises i tabell 10.

Tabell 10. Tildeling av sykehjemsplass der kommunene skiller på rettigheten i vedtak og selve tildelingen.

	Små kommuner		Middels store kommuner		Store kommuner		Totalt	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Ja</b>	2	20	2	17	1	20	5	19
<b>Nei</b>	7	70	8	66	4	80	19	70
<b>Ikke svart</b>	1	10	2	17	0	0	3	11
<b>Totalt</b>	10	100	12	100	5	100	27	100

Resultatet viser at alle kommuner i overveiende grad ikke skiller på rettigheten og selve tildelingen av en langtids plass i sykehjem.

### Temaområde 3

Temaområde 3 handler om verktøy til bruk ved tildeling av langtids plass i sykehjem og viser om det er ulik praksis i vurderingene som legges til grunn for tildeling av langtids plass i sykehjem.

Kommunenenes ansatte ble spurt om de fant hjelp/støtte i lov/forskrift ved tildeling av langtids plass i sykehjem. Deres svar vises i tabell 11.

Tabell 11. Hjelp/støtte i lov/forskrift ved tildeling av langtidsplass i sykehjem.

	Små kommuner		Middels store kommuner		Store kommuner		Totalt	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Ofte</b>	4	40	10	83	2	40	16	59
<b>Sjelden</b>	5	50	2	17	1	20	8	30
<b>Aldri</b>	1	10	0	0	2	40	3	11
<b>Totalt</b>	10	100	12	100	5	100	27	100

I respondentenes svar er det de mellomstore kommunene som i overveiende grad finner hjelp/støtte i lov/forskrift. De små og store kommunene er delt i dette spørsmålet på om de finner hjelp/støtte i lov- og avtaleverk.

I de kvalitative intervjuene fremkommer det fra de tre kommunene at det særlig er den middels store kommunen som i overveiende grad finner hjelp og støtte i lov/forskrift når de skal tildele langtidsplass i sykehjem. Det kvalitative intervjuet støtter funnet i den kvantitative undersøkelsen.

Kommunenes ansatte ble spurt om IPLOS registreringen og det verktøyet det er var betydningsfullt som grunnlag for tildeling av langtidsplass i sykehjem. Svaret vises i tabell 12.

Tabell 12. IPLOS registrering ved tildeling av langtidsplass i sykehjem.

	Små kommuner		Middels store kommuner		Store kommuner		Totalt	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Ja</b>	10	100	11	92	5	100	26	96
<b>Nei</b>	0	0	1	8	0	0	1	4
<b>Totalt</b>	10	100	12	100	5	100	27	100

Resultatene viser at det er svært stor enighet uavhengig av kommunestørrelse om at IPLOS registreringen har betydning som grunnlag for tildeling av langtidsplass i sykehjem.

Kommunene ble i de kvalitative intervjuene spurt om IPLOS registreringen var betydningsfull som grunnlag for tildeling av langtidsplass i sykehjem. Her kom det frem fra den største kommunen at de ikke fullt og helt stoler på IPLOS, men at verktøyet har forbedret seg. Den middels store og den minste kommunen er samstemte, og opplever IPLOS som et praktisk anvendelig verktøy som har utviklet seg bra siden registreringen startet, og at det gir en verdifull tilleggsvurdering ved tildeling av langtidsplass i sykehjem.

Kommunenenes ansatte ble i tabell 13 spurt om de gjennomfører et vurderingsbesøk før det tildeles en langtidsplass i sykehjem. Et korttidsopphold er ett tiltak for å vurdere og observere brukeren over et fastsatt tidsrom, for eksempel 3 uker, for å vurdere om det er behov for å tildele en langtidsplass i sykehjem.

Tabell 13. Gjennomføring av vurderingsbesøk før det tildeles en langtidsplass i sykehjem.

	Små kommuner		Middels store kommuner		Store kommuner		Totalt	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Ofte</b>	3	30	2	17	0	0	5	19
<b>Sjelden</b>	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Aldri</b>	7	70	10	83	5	100	22	81
<b>Totalt</b>	10	100	12	100	5	100	27	100

Resultatet viser at i små kommuner gjennomfører 3 av 10 ansatte et vurderingsbesøk før det tildeles en langtidsplass i sykehjem. I middels store kommuner svarer 10 av 12 kommuner at de aldri praktiserer bruk av vurderingsbesøk før det tildeles langtidsplass i sykehjem. I store kommuner praktiserer de aldri å gjennomføre vurderingsbesøk før det tildeles en langtidsplass i sykehjem.

Kommunenenes ansatte ble bedt om å svare på hvem av de ansatte som gjennomfører vurderingsbesøket før det tildeles en langtidsplass i sykehjem. Svarene er kategorisert og satt inn i en tabell relatert til de svaralternativene kommunene har oppgitt. Svaret presenteres i tabell 14.

Tabell 14 viser hvem som gjennomfører vurderingsbesøket før tildeling av langtidsplass i sykehjem blir besluttet.

	<b>Små kommuner</b>	<b>Middels store kommuner</b>	<b>Store kommuner</b>
<b>Saksbehandler</b>	X	X	X
<b>Leder av tildelingskontoret/temaet</b>	X	X	X
<b>Ergoterapeut</b>	X	X	
<b>Fysioterapeut</b>		X	
<b>Demensteam</b>		X	
<b>Hjemmebaserte tjenester</b>	X	X	X
<b>Vurderingsbesøk der pårørende er tilsted</b>	X		X
<b>Sykepleier</b>	X	X	

Resultatene viser at kommunene har ansatte fagpersoner med ulik helse- og sosialfaglig kompetanse som er med på vurderingen om behovet for tildeling av en langtidsplass er tilstede. De store kommunene har ikke fysioterapeut, ergoterapeut eller et demensteam med i disse vurderingene. De små og store kommunene svarer at de har pårørende med når de gjør vurderingen.

Kommunenes ansatte ble spurt om de praktiserer å tilby brukerne et korttidsopphold/vurderingsopphold før det fattes vedtak om tildeling av langtidsplass i sykehjem. Svaret vises i tabell 15.

Tabell 15. Korttidsopphold/vurderingsopphold før vedtak om langtidsopphold i sykehjem.

	Små kommuner		Middels store kommuner		Store kommuner		Totalt	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Ofte</b>	10	100	11	92	5	100	26	96
<b>Sjelden</b>	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Aldri</b>	0	0	1	8	0	0	1	4
<b>Totalt</b>	10	100	12	100	5	100	27	100

Tabellen viser at alle små kommuner praktiserer å gi brukerne et korttidsopphold/vurderingsopphold før det tildeles langtidsplass i sykehjem. Det er kun en middels kommune som svarer at de aldri praktiserer å gi brukerne et korttidsopphold/vurderingsopphold før det tildeles en langtidsplass i sykehjem, mens alle de store kommunene praktiserer dette.

Tabell 16 viser om ansatte i kommunene legger avgjørende vekt på resultatet fra korttidsoppholdet, eller om de vurderer det som ett blant flere forhold som tillegges vekt før det tildeles en langtidsplass i sykehjem.

Tabell 16. Om konklusjonen fra vurderingsoppholdet har betydning for tildeling av langtidsplass i sykehjem.

	Små kommuner		Middels store kommuner		Store kommuner		Totalt	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Vi legger avgjørende vekt på denne</b>	3	30	6	50	1	20	10	37
<b>Vi tar denne vurderingen med som en blant flere forhold vi tillegger vekt</b>	7	70	6	50	4	80	17	63
<b>Totalt</b>	10	100	12	100	5	100	27	100

I de små kommunene svarer 7 av 10, og 4 av 5 i de store kommunene at de tar denne vurderingen med som en blant flere forhold de tillegger vekt ved tildeling av langtidsplass i

sykehjem. I resultatet fra de middels store kommunene kommer det frem at de er delt i spørsmålet, og svarer at de praktiserer begge deler.

## Temaområde 4

Dette temaområdet tar for seg spørsmål relatert til kommunenes økonomi.

Kommunenes ansatte ble spurt om behovet for en langtidsplass i sykehjem tildeles uavhengig av kommunens ressurser. Svaret vises i tabell 17.

Tabell 17. Om behovet for en sykehjemsplass tildeles uavhengig av kommunens ressurser.

	Små kommuner		Middels store kommuner		Store kommuner		Totalt	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Ja</b>	9	90	11	92	4	80	24	89
<b>Nei</b>	1	10	0	0	1	20	2	7
<b>Både ja og nei</b>	0	0	1	8	0	0	1	4
<b>Totalt</b>	10	100	12	100	5	100	27	100

Resultatet viser at alle kommunene tildeler en langtidsplass i sykehjem uavhengig av kommunens ressurser. I de kvalitative intervjuene svarer den minste kommunen at de aldri tildeler en langtidsplass i sykehjem etter ressurser, herunder økonomi, men etter behov. Dersom brukeren har behov for en sykehjemsplass og de selv ikke har plasser, så kjøper de plasser i nabokommunen. De hevder at ingen som tildeler en langtidsplass i sykehjem tenker ressurser, men på det reelle behovet brukeren har. I den mellomstore kommunen er de klare på at det er den enkelte brukers situasjon som styrer om vedkommende har behov for en sykehjemsplass eller ikke. I den store kommunen svarer de at det er økonomien som ligger bak alt, og at det er økonomi det spilles på uansett. Ved tildeling av langtidsplass i sykehjem vurderer de helheten, og ser også at det kan være mangel ved hjemmesykepleiens ressurser som tilsier at brukeren har behov for en langtidsplass i sykehjem.

Kommunenes ansatte ble spurt om hva som er den avgjørende begrunnelsen for tildeling av langtidsplass i sykehjem. Resultatet presenteres i tabell 18. I de kvalitative intervjuene svarer ansatte at de som tildeles langtidsplass i sykehjem i overveiende grad er kjent av kommunen

fra tidligere. Det er brukere som har mottatt tjenester som oftest fra hjemmesykepleien, eller har hatt ett eller flere korttidsopphold. Svarene fra kommunenes ansatte er kategorisert i tabell 18.

Tabell 18. Den avgjørende begrunnelsen for tildeling av langtidsplass i sykehjem.

	<b>Små kommuner</b>	<b>Middels store kommuner</b>	<b>Store kommuner</b>
<b>Ikke forsvarlig at pasienten bor hjemme</b>	X	X	X
<b>At behandlingen ikke kan dekkes av andre tjenester som avlastning/korttidsopphold</b>	X	X	X
<b>Opptreningsmuligheter/trygghet</b>	X		
<b>Resultatet av en helhetlig vurdering</b>		X	
<b>Omfattende svikt i ernæring og egenomsorg kombinert med kognitiv svikt</b>		X	
<b>Langvarig somatisk sykdom</b>		X	
<b>Funksjonsnivå og medisinsk faglig begrunnelse</b>	X	X	

Svarene viser at de små og middels store kommunene har flest svaralternativer, og det kan tolkes som om de gjør flere vurderinger før det tildeles en langtidsplass i sykehjem. Den store kommunen skiller seg ut ved at de oppgir to svaralternativer det vurderes opp i mot før det tildeles en langtidsplass i sykehjem.

Kommunenes ansatte ble spurt om de opplever at terskelen for tildeling av sykehjems plass er for høy. Svaret vises i tabell 19.

Tabell 19. Er terskelen for tildeling av sykehjemsplass for høy?

	Små kommuner		Middels store kommuner		Store kommuner		Totalt	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Ja</b>	1	10	1	8	2	40	4	15
<b>Nei</b>	9	90	11	92	2	40	22	81
<b>Ikke svart</b>	0	0	0	0	1	20	1	4
<b>Totalt</b>	10	100	12	100	5	100	27	100

Respondentene i de små og middels store kommunene svarer at de ikke opplever terskelen for å få sykehjemsplass for høy, mens de store kommunene er delt i dette spørsmålet.

I de kvalitative intervjuene svarer den minste kommunen at de aldri opererer med venteliste, og får ros av spesialisthelsetjenesten fordi det aldri er problem å sende brukere fra sykehuset og tilbake til kommunen. Den mellomstore kommunen mener at terskelen er høy, men ikke for høy. Det er ingen som har hjemmesykepleie som venter på en sykehjemsplass. De har få klagesaker til Fylkeslegen, og mener at det gir et ”bilde” på at de vurderer brukernes tilstand og behov for en langtidsplass i sykehjem forsvarlig.

Den store kommunen svarer også at terskelen for å få en langtidsplass i sykehjem er høy, men vet ikke om den er for høy. De har en dreining over til større bruk av heldøgns omsorgsbolig (HDO) med bemanning, og mener at de på denne måten får frigjort noen flere korttidsplasser og at det vil hjelpe på dreiningen fra langtidsplass i sykehjem til HDO.

Det er fra tabell 21 trukket ut spørsmål om pårørendes betydning ved tildeling av langtidsplass i sykehjem. I de kvalitative intervjuene ble samme spørsmål stilt til de ansatte i kommunene. Svaret presenteres i tabell 20.



Tabell 20. Pårørendes betydning ved tildeling av langtidsplass i sykehjem.

	Små kommuner		Middels store kommuner		Store kommuner		Totalt	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Ja</b>	6	60	4	33	1	20	11	41
<b>Nei</b>	4	40	8	67	4	80	16	59
<b>Totalt</b>	10	100	12	100	5	100	27	100

Resultatet viser at det er størst samarbeid med pårørende i de små kommunene. Andelen som ikke ser at samarbeid med pårørende har betydning er størst i de store kommunene.

I de kvalitative intervjuene svarer den ansatte i den største kommunen at det er brukerens behov som er i sentrum for tildeling av langtidsplass, og at det er ikke pårørendes behov. I den minste og middels store kommunen opplever de at samarbeidet med pårørende er svært viktig. De svarer at samarbeidet med pårørende er avgjørende for at brukere kan bo lengre hjemme. Mange pårørende strekker seg langt, og er en viktig ressurs for kommunene i så måte. Alle kommunene hevder at noen pårørende strekker seg altfor langt, særlig i forhold til demente brukere. Den mellomstore kommunen mener at når pårørende ikke orker mer, er det en faktor som er medvirkende til å få en langtidsplass i sykehjem. Den store kommunen mener at behovet for en langtidsplass i sykehjem er større på bygda der folk bor griskrendt, enn i byen der hjemmebaserte tjenester kan settes inn i større grad.

Kommunenes ansatte ble bedt om å krysse av for ulike faktorer som kan ha betydning ved tildeling av langtidsplass i sykehjem. I tabellen vises den totale andelen svar respondentene har gitt etter de prioriteringer som har størst betydning i kommunene. I tabellen kunne kommunenes ansatte krysse av på flere faktorer, og prosentene summerer seg derfor ikke til 100. Svaret vises i tabell 21.

Tabell 21. Ulike faktorer som har betydning ved tildeling av langtidsplass i sykehjem.

	Små kommuner		Middels store kommuner		Store kommuner		Totalt	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Medisinsk faglig</b>	9	90	11	92	5	100	25	93
<b>Hjemmesykepleiens vurdering</b>	9	90	10	83	5	100	24	89
<b>Saksbehandlers oppfatning</b>	5	50	7	58	4	80	16	59
<b>Pårørende</b>	6	22	4	33	1	20	11	41
<b>Styring fra andre internt i kommunen</b>	10	100	1	8	0	0	11	41
<b>Brukers egen oppfatning</b>	2	20	5	42	1	20	8	30

Av de fremkomne resultater er det for alle kommuners vedkommende den medisinsk faglige vurderingen som er avgjørende, og har størst betydning ved tildeling av langtidsplass i sykehjem.

Hjemmesykepleiens vurdering ved tildeling av langtidsplass i sykehjem har nesten like stor betydning som den medisinsk faglige vurderingen.

Saksbehandlers oppfatning er vurdert under den medisinskfaglige og hjemmesykepleiens vurdering. Her svarer 5 av 10 i de små kommunene, og 7 av 12 i de middels store kommunene at det tillegges vekt. I de store kommunene svarer hele 4 av 5 at saksbehandlers vurdering tillegges stor vekt ved tildeling av langtidsplass i sykehjem.

Pårørendes betydning og samarbeid med dem ved tildeling av langtidsplass i sykehjem er størst i de minste kommunene der 6 av 10 svarer at det har betydning. Styring fra andre internt i kommunen scorer 100% i de små kommunene, men har liten betydning i de mellomstore kommunene og ingen betydning i de største kommunene.

Brukers egen oppfatning er det som scorer lavest i den store kommunen, og kan forklares med at mange brukerne er såpass dårlige når de blir tildelt en langtidsplass i sykehjem. I de middels store kommunene legges det størst vekt på brukers egen oppfatning, der 5 av 12 svarer at det har betydning ved tildeling av langtidsplass i sykehjem. I den store kommunen er det 1 av 5 som svarer at brukers egen oppfatning har betydning ved tildeling av langtidsplass i sykehjem.

## Avslutningsvis

Kommunenenes ansatte ble spurt om det er behov for nasjonale kriterier ved tildeling av langtidsplass i sykehjem. Svaret vises i tabell 22.

Tabell 22. Behov for nasjonale kriterier ved tildeling av langtidsplass i sykehjem.

	Små kommuner		Middels store kommuner		Store kommuner		Totalt	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Ja</b>	8	80	3	25	3	60	14	52
<b>Nei</b>	2	20	8	67	2	40	12	44
<b>Ikke besvart</b>	0	0	1	8	0	0	1	4
<b>Totalt</b>	10	100	12	100	5	100	27	100

Resultatet viser at det i overveiende grad er de små kommunene, med 8 av 10 som mener det er behov for nasjonale kriterier ved tildeling av langtidsplass i sykehjem. I de store kommunene er det en liten overvekt ved at 3 av 5 mener det er behov for nasjonale kriterier ved tildeling av langtidsplass i sykehjem. I de middels store kommunene er det bare 3 av 12 som mener at det er behov for nasjonale kriterier ved tildeling av langtidsplass i sykehjem.

I de kvalitative intervjuene svarer imidlertid respondentene i alle kommunene at det gjennomgående er behov for nasjonale kriterier ved tildeling av langtidsplass i sykehjem. De begrunner det blant annet med den negative omtalen som har vært i media, og at nasjonale kriterier kan gi en mer lik fordeling mellom by og landkommuner, og noen overordnede føringer for kommunene. Den store kommunen gir uttrykk for at nasjonale kriterier ligger på overordnet nivå, og at for generelle kriterier kan føre til enda mer frustrasjon ute i tjenestene.

# 7 Drøftingsdelen

## 7.1 Temagruppe 1

### **Kommunens organisering og ansattes kompetanse ved tildeling av langtidsplass i sykehjem**

Innenfor temaområde 1 presenteres modell for kommunenes organisering ved tildeling av langtidsplass i sykehjem og ansattes kompetanse. Funnene viser at de små kommunene skiller seg ut ved at de ikke har sentral tildelingsenhet/kontor. Antagelsen er at de små kommunene må organisere seg slik det er hensiktsmessig i forhold til tilgjengelig kompetanse og ressurser. Sentral tildelingsenhet kan være problematisk å få til i små kommuner, da de vil ha færre ansatte relatert til innbyggertallet enn de middels store og store kommuner har. Egen erfaring fra en liten kommune er at stordriftsfordeler er problematisk på grunn av lite tilgjengelig personell. I mellomstore og særlig de store kommunene er det flere ansatte, det kan trekkes større veksler på ansatte og i særlig grad tverrfaglig kompetanse. I små kommuner kan tildelingen være enklere ved at det blir mindre byråkrati, og færre som skal ta del i beslutningsprosessen. Enhver kommune betegnes som selvstendig, og de står fritt til å organisere, prioritere og tilpasse tjenestene slik det er hensiktsmessig. Kommunenes Sentralforbund (KS) er særlig opptatt av dette på kommunenes vegne. Organiseringen ved tildeling av langtidsplass i sykehjem er ofte basert på en mottatt henvendelse eller søknad, og/eller at ansatte ute i tjenestene kommer med en bekymringsmelding. Egen erfaring fra en stor kommune og litteratur er at tildeling av langtidsplass i sykehjem skjer i et vedtaksmøte der ansatte med ulik kompetanse møtes og diskuterer brukernes søknader opp i mot deres behov for langtidsplass i sykehjem. Som oftest er det leder av bestillerenheten som fatter det endelige vedtaket (Moland, 2011). Organisasjon og administrasjon av tjenestene handler om økonomi, ledelse og politikk. (Vike, 2004) Modellene som praktiseres i de små, mellomstore og store kommunene er alle et uttrykk for å få mest mulig for pengene. Egen erfaring fra en stor kommune er at prioriteringsdiskusjonene flyttes til administrasjonen. Ved tildeling av langtidsplass i sykehjem er det en prioritering om hvem som skal tildeles en plass, da det ofte er flere brukere som søker enn det er tilgjengelige plasser. Målet er allikevel at kommunenes ansatte i størst mulig grad skal ivareta den enkelte brukers behov individuelt ut i fra prinsippet

om likhet og likeverd. Helsedirektoratet har utarbeidet nasjonale retningslinjer for saksbehandling i kommunene. Det gis tilskudd hvert år som fordeles via Fylkesmannen, der kommunenes ansatte kan søke på saksbehandlingskurs. Erfaringsmessig oppleves det som om dette har hevet kvaliteten på saksbehandlingen generelt i kommuner. Det tas opp med jevne mellomrom i media at eldre ikke får det tilbudet de har krav på, og at flere bør klage på avslag om sykehjemsplass.

”Eldre og pårørende må sørge for å få skriftlige vedtak om avslag dersom de ikke får sykehjemsplass. På den måten kan de klage, sier direktør i Helsetilsynet, Lars E. Hanssen. Den samme oppfordringen kommer fra Knut Fredrik Thorne, pasient- og brukerombud i Akershus. Begge gir uttrykk for at flere burde klage” (Aftenposten 23.08.2011).

Erfaring fra annen forskning viser også at eldre som søker om langtidsplass i sykehjem anbefales å søke om andre tilgjengelige tilbud i stedet (Gjevjon og Romøren, 2010). Det kan i praksis bety at det ikke fremkommer reelle tall på hvor mange som søker om langtidsplass i sykehjem. Flere kommuner har etter hvert ansatt en jurist som kan ta del i tildelingen og begrunne vedtakene. Dette kan i stor grad også skyldes at forsvarligheten skal holdes innenfor en økonomisk ramme.

Når det gjelder kompetanse viser funnet at alle kommuner uavhengig av størrelse har god tverrfaglig kompetanse. Helsetilsynet ga uttrykk for en bekymring i 2003 der de stilte spørsmål ved om de kommunale tildelingstjenestene godt nok sikret de behov brukerne hadde, om behovene var godt nok utredet, og tilpasset den enkelte brukers behov (Vike, 2004). Behovet for god tverrfaglig kompetanse i kommunene er nødvendig for å ivareta de komplekse behovene brukerne har, og for en helhetsforståelse av brukeren og hans/hennes behov for å gjøre de riktige vurderinger (Moland, 2011). Tidligere forskning viser at eldre sykehjemsbeboere har mange sykdommer og sterkt nedsatt funksjonsevne (Romøren 2003; Bakke 2003; Brevik 2003; Fjelltun 2009). For at brukere skal få tildelt hjelp på riktig omsorgsnivå må den tverrfaglige vurderingen i forkant være avgjørende.

”Lite tverrfaglig kontakt resulterer gjerne i redusert tjenesteflyt, mangelfull informasjon og helhetsforståelse” (Moland, 2011, s. 7). Tjenestene til omsorgstrengende utenfor institusjon har over tid dreid i retning av at eldre hjelpetrengende skal bo hjemme så lenge som mulig (St.meld. nr. 25, (2005-2006), Moland, 2011 ). Det vil være kostnadskrevende for kommunene dersom det gis tilbud til brukere på feil omsorgsnivå.

## 7.2 Temagruppe 2

### Retningslinjer og kriterier for tildeling av langtidsplass i sykehjem

De retningslinjer som er førende for saksbehandlingen knyttet til tildeling av langtidsplass i kommunene, viser at det er den største kommunen som skiller seg ut, da 4 av 5 svarer at de har retningslinjer som er førende for saksbehandlingen. Når kommunene skal beskrive de retningslinjer de har som er førende for saksbehandlingen, så presenteres det litt blanding av kriterier og retningslinjer. Jeg tar et forbehold om spørsmålene i mitt spørreskjema har vært utydelige og ikke presise nok omkring retningslinjer og kriterier som kan ha resultert i en sammenblanding av svarene. Erfaringer fra andre undersøkelser viser at kriterier kan fremstå som for generelle, og at deres form og innhold kan oppfattes som overordnede retningslinjer (Gjevjon og Romøren, 2010 ). Da kommunenes ansatte ble spurt om de har kriterier for tildeling av langtidsplass i sykehjem, viser resultatene at det er en overvekt av de store kommunene som har kriterier for tildeling av langtidsplass i sykehjem, mens halvparten av ansatte i små og middels store kommuner svarer at de har kriterier. Oslo kommune har felles skriftlige kriterier. En undersøkelse der viser at det allikevel er 15% som svarer at de ikke finnes når de blir spurt (Landmark og Romøren, 2011). Jeg viser ellers til kapittel 4 der kriterier og retningslinjer er definert.

Retningslinjer og kriterier er ment som et hjelpemiddel for kommunene i arbeidet med å behandle søknader og tildele brukere en langtidsplass i sykehjem. Resultatene i begge undersøkelsene viser at det er de store kommunene som skiller seg positivt ut. I en undersøkelse der man så på kvalitetsforbedring i sykehjem, så viste resultatet at det var i de store kommunene at man oppnådde det beste resultatet og økt kvalitetsforbedring. Grunnen til det kan være en antagelse om at større kommuner har flere ansatte, flere ressurser og faglige diskusjoner (Kjøs; Botten; Romøren 2008).

Om kriterier og retningslinjer er politisk vedtatt er det de små kommunene som skiller seg ut ved at de har retningslinjer og kriterier som ikke er politisk vedtatt. Årsakene til det kan være mange, og det kan skyldes at det i små kommuner er oversiktlig, god kommunikasjon og samarbeid med korte beslutningsveier og informasjonskanaler mellom politikk og administrasjon. Ellers kan det være slik at de ikke har utarbeidet kriterier og retningslinjer som er lagt frem til politisk behandling, og at det kun er et administrativt anliggende. Om

kriteriene er tilgjengelige for publikum på kommunens nettsider eller andre steder, så viser funnet at det i overveiende grad er de mellomstore og store kommunene som har kriterier og retningslinjer tilgjengelig for publikum på kommunens nettsider.

Etter å ha søkt på flere kommuners nettsider i Hedmark og Oppland etter kriterier/retningslinjer for tildeling av langtidsplass i sykehjem så er det ikke så enkelt uten videre å finne det. Det kommunene er like på er at de alle har en forside der det er enkelt å komme videre til overskriften "Helse", "Pleie – omsorg" med mer. Under disse fanene er det mulig å klikke seg videre. Det som finnes er: Rådgivningstjeneste for eldre, Langtidsopphold i sykehjem – øverst i helstrappa, vanlige søknadsskjemaer for hjemmesykepleie, hjemmehjelp, med mer, klageadgang ved avslag på søknader, en oppstilling av gjeldende lovverk, forskrifter, ulike betalingsordninger for sykehjem/omsorgsbolig, oversikt over institusjonene i gjeldende kommune, med mer. Spørsmålet blir om kriterier og retningslinjer for tildeling av langtidsplass i sykehjem er interne saksbehandlingsregler som ikke er ment til eksternt bruk.

Kommunenes ansatte ble spurt om de skiller på å tildele rettigheten til en langtidsplass i sykehjem i vedtak og selve tildelingen/innplasseringen. Resultatet viste at noen kommuner ikke forsto spørsmålet, og det er ingen av kommunene som skiller seg positivt ut ved at de skiller på rettigheten brukeren måtte ha til å få tildelt en langtidsplass i sykehjem og selve vedtaket som gjøres i form av saksbehandlingen.

## **7.3 Temagruppe 3**

### **Verktøy til bruk for vurdering om behovet for en langtidsplass i sykehjem**

Funnet i den kvantitative undersøkelsen viser at de mellomstore kommunene i overveiende grad finner hjelp/støtte i lov/forskrift ved tildeling av langtidsplass i sykehjem. De kvalitative intervjuene understøtter dette, og det fremkom også her at den mellomstore kommunen i overveiende grad fant hjelp/støtte i lov/forskrift ved tildeling av langtidsplass i sykehjem. Ved tildeling av langtidsplass i sykehjem må saksbehandlerne ta stilling til om søkeren fyller vilkårene for å få hjelp. Vurderingen er individuell, og ses på bakgrunn av en helhetssituasjon

om brukeren kan ta vare på seg selv og sin egen helse. Den som fyller vilkåret for rett til helsehjelp, skal ivaretas etter kommunehelsetjenesteloven i dette tilfellet, og det fattes et enkeltvedtak. Vedtaket skal gis skriftlig til den som søker (IS-1040). Verdighetsgarantien trådte i kraft fra nyttår 2011 og gir ikke brukerne noen rett til en sykehjemsplass. Det var mye diskusjon omkring den nye loven i forbindelse med kommunevalget høsten 2011. Aslak Syse, som både er lege og jussprofessor ga uttrykk for at kommunene har en plikt til å tilby brukere tjenester der omtanke og verdighet skal stå i sentrum, men tjenestemottakernes rettigheter er ikke styrket. Verdighetsgarantien er ikke forpliktende og det er ingen rettighetstankegang med juridiske konsekvenser knyttet til den. Klageadgangen er også som tidligere ved at brukere som får avslag på søknad om langtidsplass i sykehjem kan klage til det lokale helsetilsynet eller Fylkesmannen avhengig av den lovanvendelse de klager på (Aftenposten, 26.08.2011). For å gjennomføre god saksbehandling oppfattes veilederen som er utgitt av Helsedirektoratet som et svært nyttig verktøy. Her gis det henvisning til aktuelt lovverk, saksbehandlingsregler, hvordan vedtak fattes, klageadgang for brukerne, med mer (IS-1040).

IPLOS registreringen har betydning som grunnlag for tildeling av langtidsplass i sykehjem, og funnet viser at kommunenes ansatte opplever at verktøyet har forbedret seg siden registreringen startet. I den kvalitative undersøkelsen svarer den store kommunen at de fullt og helt alene ikke stoler på IPLOS, men at verktøyet etter hvert oppleves som nyttig i en samlet vurdering. Annen forskning viser at IPLOS ble tillagt liten vekt i den samlede vurdering for tildeling av tjenester. Det var store variasjoner i IPLOS statistikken, blant annet fordi verdifastsettelsene ikke var klare nok, og verktøyet var dårlig på det kognitive feltet (Moland, 2011). Egen erfaring fra kommunesektoren er at det er lagt ned et betydelig arbeid fra Helsedirektoratets side for å få verktøyet til å fungere ute i tjenestene. Det er gitt mye opplæring til kommuner i form av seminarer, og veiledning i hvordan man skal rapportere resultater inn nasjonalt fra kommuner. I denne undersøkelsen er Laveste Effektive Omsorgs Nivå (LEON) behandlet i teoridelen, og fra noen kommuner kommer det frem at det er et nyttig verktøy til bruk i vurderingen om tildeling av langtidsplass i sykehjem. Imidlertid ser jeg i oppsummeringen av resultater at temaområdet kunne vært bredere behandlet, og om mulig med et eget spørsmål i spørreundersøkelsen. Andre undersøkelser viser at LEON er et viktig verktøy for saksbehandlere ved tildeling av langtidsplass i sykehjem, og at behovet for langtidsplass er avhengig av hvor mange trinn det er i omsorgstrappen (Gjevjon og Romøren, 2010, Moland, 2011).



Når det gjelder vurderingsbesøk viser funnet at de små kommunene praktiserer det i noen grad. De mellomstore og særlig store kommuner praktiserer aldri bruk av vurderingsbesøk før det tildeles en langtidsplass i sykehjem. Dette er for meg et overraskende funn, da det i praksis ofte viser seg at vurderingsbesøk er hensiktsmessig fordi det gir viktig informasjon om brukerens totale helsetilstand. Å observere brukeren hjemme i eget hjem er på bakgrunn av funnet ikke vanlig praksis. Fra Statens side er det vektlagt og presisert blant annet i Stortingsmeldinger at brukeren skal fungere og bo lengst mulig hjemme i eget hjem (St.meld. nr. 25, (2005-2006). St.meld.nr. 47, (2008-2009). Når brukeren vurderes hjemme kan man oppnå bedre samarbeid med pårørende, lokalsykehuset og andre samarbeidsparter. Erfaringer viser at når brukere observeres i et miljø som er tilrettelagt med døgkontinuerlig oppfølging og mat, drikke og ernæringsstatusen bedres, kan brukerne bli betydelig bedre (Gjevjon og Romøren, 2010). Med vedtatt Samhandlingsreform kan det ved en god dialog mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten oppnås at vurderinger gjøres i fellesskap i brukerens hjem for å oppnå de gode intensjoner om at brukeren skal bo lengst mulig hjemme.

Alle kommuner praktiserer gjennomgående bruk av korttidsopphold før det tildeles en langtidsplass i sykehjem. Ved et korttidsopphold får ansatte muligheter til å gjøre tverrfaglige vurderinger av brukernes funksjonsnivå, deres rehabiliteringspotensiale, helsetilstand og tjenestebehov. Vurderinger opp i mot lovverket, LEON, IPLOS, faglig skjønn, samtaler og samarbeid med pårørende kan i mange situasjoner gi svært viktig informasjon. Det viktige er at likhet som prinsipp ivaretas ved at alle brukere får en individuell vurdering opp i mot behovet for tjenester, og at det ikke er noe skille mellom verdige og uverdige trengende blant eldre som søker og har behov for en langtidsplass i sykehjem. Offentlige tjenester skal ikke ta hensyn til statusforskjeller, men tilby tjenester innenfor en ramme som ivaretar det individuelle behovet som gjør at brukerens verdighet ivaretas. (Haukelien. mfl, 2011). Funnet i den kvantitative undersøkelsen viser at de små og store kommunene svarer at de tar vurderingene som er gjort under korttidsoppholdet med som en blant flere forhold de tillegger vekt. Den mellomstore kommunen er delt i spørsmålet. Erfaringer fra andre undersøkelser som er gjennomført i andre kommuner viser gjennomgående samme resultat (Gjevjon og Romøren, 2010). I praksis er det viktig å ikke overse det faglig skjønn som enhver yrkesutøver får gjennom erfaring. Ansatte gjør egne observasjoner og får dermed faglige opplysninger om brukerens tilstand. Det krever en fortolkning av observasjonene for å forstå brukerens faktiske tilstand og behov.

Funnet i den kvantitative undersøkelsen viste at det er størst samarbeid med pårørende i de små kommunene. I de store kommunene har ikke samarbeid med pårørende særlig stor betydning. Det ble ikke spurt spesielt om hvem pårørende er, men erfaringsmessig er det som oftest barn eller ektefellen til den det søkes om langtidsplass for. I de kvalitative intervjuene fremkommer det fra den minste og mellomstore kommunen at samarbeid med pårørende er avgjørende for hvor lenge pasienten kan bo hjemme. Erfaringer fra andre undersøkelser viser at samarbeid med pårørende gir viktig informasjon om brukerens behov og tilstand (Landmark og Romøren, 2011). Erfaringsmessig har brukeren selv i mange tilfeller ikke nok innsikt i egen situasjon til å forstå at de har behov for en langtidsplass i sykehjem. Egen erfaring er at mange eldre ikke har god nok kunnskap om hva en sykehjemsplass er, en del har fordommer, og de blir positivt overrasket etter det som kan starte med et korttidsopphold. Mange pårørende er utslitt og orker ikke mer etter å ha hatt omsorg for sine gjennom flere år. (Gjevjon og Romøren, 2010). I de små kommunene kan brukerne ha et større «sikkerhetsnett» med nære pårørende rundt seg. Det kan føre til at et samarbeid med pårørende resulterer i at behovet for en sykehjemsplass på den måten kan utsettes en periode. Desto større kommunen er, jo større upersonlig forhold kan det bli til brukeren. Generelt viser erfaringer fra kommunehelsetjenesten at ansatte involverer seg nærmest personlig i jobben sin, da de er emosjonelt involvert i brukerne som har behov for deres tjenester. Den sterke bevisstheten om velferdsstatens krav til likhet og universell velferd skaper en sterk bevissthet om at befolkningens behov for bistand skal tas på alvor (Vike, 2004). I de små kommunene kan det på grunn av lokale forhold være mer gjennomskiktig og åpenbart hvem som har behov for en sykehjemsplass. Kjennskap i de små kommunene kan være både positivt og negativt avhengig av innflytelse og status ved at noen kan komme «foran andre i køen».

## **7.4 Temagruppe 4**

### **Kommunenes ressurstilgang og økonomi**

På spørsmål om behovet for sykehjemsplass er avhengig av kommunens ressurser, viser funnet at i den minste kommunen tildeles langtidsplass uavhengig av kommunens ressurser. I den mellomstore kommunen tildeles langtidsplass etter det reelle behovet brukeren har. I den kvalitative undersøkelsen svarer den store kommunen at det er økonomi som ligger bak alt. Funnet er til dels overraskende, men viser også at det er forskjell mellom kommuner. Når de

store kommunene gir uttrykk for at økonomi ligger bak alt, kan det skyldes at pågangen av brukere som har behov for tjenester er større enn i de små og mellomstore kommunene. Det kan også skyldes at de små og mellomstore kommunene har bedre økonomi. Kulturen som skapes kan være et uttrykk for førstelinjens utilstrekkelighet i form av det tilbudet kommunen har til sine innbyggere, med blant annet for få sykehjemsplasser. Egen erfaring fra en stor kommune var at kulturen ble preget av at økonomien var retningsgivende. Antagelsen om kommunenes manglende investering og bygging av sykehjem tidligere kan ligge til grunn i de store kommunene, ved at de har for få institusjonsplasser. Undersøkelser og egen erfaring viser at offentlig sektor, sammenliknet med tidligere praksis, er underlagt strengere økonomiske betingelser som skal resultere i at offentlige utgifter skal bringes under bedre kontroll, og at det skal gjøres mer for færre penger (Vike, 2004). Kommunene tildeles nye oppgaver som skal gi tjenester til innbyggerne uten at midler følger med (Baldersheim og Smith, 2011). Når ansatte i kommunene svarer på hva som er den avgjørende begrunnelsen for tildeling av langtidsplass i sykehjem, så viser funnene at kommunene gjør ulike vurderinger som totalt sett viser at de gjør helhetlige vurderinger til det beste for brukeren. Ansatte gjør vurderinger om at det ikke er forsvarlig at pasienten bor hjemme, og at behandlingen ikke kan dekkes av andre tjenester som avlastning, korttidsopphold, mm. De har vurdert brukerens funksjonsnivå i tillegg til en medisinsk faglig begrunnelse. Om terskelen for å få sykehjemsplass er for høy, er funnet i min undersøkelse at de små og middels store kommunene mener at terskelen for å få tildelt en langtidsplass i sykehjem ikke er for høy. De store kommunene er delt i spørsmålet. En sammenlikning av svar fra sykepleiere som er gjennomført i Fafo sin undersøkelse, vises det til at de opplever knappheten på hjemmesykepleie og spesielt sykehjemsplasser som økende i kommunene (Gautun og Hermansen, 2011). Flere oppgir større knapphet på tilbud jo større kommunen er. Når en sammenlikner svar fra sykepleiere som arbeider i sykehjem og aldershjem med svar fra sykepleiere som arbeider i hjemmesykepleien, viser sammenlikningen at en større andel ansatte i hjemmesykepleien opplever at omsorgstilbudet i kommunene er for knappt utbygget (Gautun og Hermansen, 2011). Pårørende og saksbehandlere fra bydeler i Oslo viser i en undersøkelse at tilbudet om langtidsplass i sykehjem er for lite. Resultatet av det ble et konstant overbelegg (Moland, 2011). Dette er også et egenerfart problem, ved at søknader fra dårlige brukere er mye større enn tilbudet kommunen har av sykehjemsplasser. Det går også utover tilbudet på korttidsplassene, fordi brukere på korttidsplassene er for syke, og det blir ikke den sirkulasjon og opptreningsmulighet som tilbudet er ment å være. Det er i tråd med de

funn Senter for omsorgsforskning gjorde i 2010 (Gjevjon og Romøren, 2010). I undersøkelsen Fafo gjennomførte (Gautun og Hermansen, 2011) viste det seg at av de forespurte 4187 sykepleiere som arbeider i sektoren svarer 62 % at terskelen for å få sykehjemsplass er for høy. I de største byene svarer hele 75% at terskelen for å få sykehjemsplass er for høy. Undersøkelser viser at opplevelsen og erfaringene varierer med innbyggertallet. Undersøkelser fra Oslo viser at de bydeler som har en godt utbygd omsorgstrapp og anvender LEON prinsippet har mindre behov for langtidsplasser på sykehjem (Moland, 2011).

Totalt sett har institusjonstilbudet til eldre blitt redusert de siste 20 årene (se historikken s. 16). Det har vært en vekst i tilbudet i form av omsorgsboliger, men det har ikke kompensert for tilbudet i institusjon. Det siste tiåret har norsk politikk i kommune–Norge blitt stadig mer preget av manglende ressurser, og lavere overføringer fra Staten har blitt et problem for kommuneadministrasjonene, som skal kanalisere tjenester til innbyggere med særskilte behov (Vike, 2004). Ved at institusjonstilbudet er redusert har det blitt økt bruk av hjemmetjenester de siste 20 år. Veksten her skyldes i vesentlig grad økt tilbud til yngre brukere under 67 år (Gautun og Hermansen, 2011, St.meld.nr.25 (2005-2006)).

## 7.5 Behovet for nasjonale kriterier ved tildeling av langtidsplass i sykehjem

Funnet viser at det i hovedsak er de små kommunene som mener det er behov for nasjonale kriterier ved tildeling av langtidsplass i sykehjem. I de kvalitative intervjuene understøttes ikke svaret fra den kvantitative undersøkelsen, men her oppgir alle kommunene at det er behov for nasjonale kriterier. Årsakene til de ansattes endrede syn kan være at den kvantitative undersøkelsen kom før de kvalitative intervjuene, og at de har hatt mulighet til å tenke på problematikken omkring spørsmålet. Flere vil sikkert mene at nasjonale kriterier kan rukke ved kommunenes selvvråderett til selv å prioritere egne satsningsområder, og det kan gi kommunene en følelse av at Staten overstyrer. Norge er et langstrakt land, og de som kjenner de ulike forholdene på landsbygda og er tett på den lokale problematikken, vil muligens ivareta brukeren på en bedre måte. På den annen side kan det være slik at utfordringene i de små kommunene er størrelsen, og at nasjonale kriterier kan gjøre det enklere å blant annet begrunne et avslag. Når en ser på svarene fra kommunene om de har kriterier for tildeling av langtidsplass i sykehjem, så er det ca. 50 - 60% som svarer at de har det. Bare de store kommunene svarer at de følger de overordnede nasjonale retningslinjer for saksbehandling som er utarbeidet av Helsedirektoratet. Det kan bety at det er behov for enda mer opplæring på lokalt nivå. Undersøkelsen viste også at det er en sammenblanding av retningslinjer og kriterier. Som tidligere nevnt kan det ha sammenheng med at spørreskjemaet ikke var tydelig nok og kanskje ikke godt nok fikk frem forskjellene. Når undersøkelsen jeg har gjennomført sammenholdes med undersøkelsen fra Senter for omsorgsforskning, så er resultatet ganske likt (Gjevjon og Romøren, 2010).

### **Konklusjon:**

I undersøkelsen er de vesentlige funn at alle kommuner gjennomgående har god kompetanse uavhengig av størrelse. Det er de største kommunene som har retningslinjer for tildeling av langtidsplass i sykehjem, og vel halvparten av alle kommuner svarer at de har kriterier. I min undersøkelse er det oppløftende at det nasjonale verktøyet IPLOS har betydning som grunnlag for tildeling. Det kan tyde på at ansatte i kommunene etter hvert ser fordelene med bruken av det. Det overraskende funnet var at vurderingsbesøk ble benyttet i så liten grad, mens korttidsopphold/vurderingsopphold brukes av tilnærmelsesvis alle. Nok et overraskende funnet var at brukerne tildeles en langtidsplass uavhengig av kommunenes ressurser.

Resultatet viser at det er forskjeller mellom små, middels store og store kommuner når det gjelder økonomi. Terskelen for tildeling av langtidsplass i sykehjem viser at de små og middels store kommunene svarer at de ikke opplever den som høy, mens de store kommunene er delt i spørsmålet. Det var ikke overraskende at samarbeidet med pårørende er størst i de små kommunene, men at man ikke ser at samarbeidet med pårørende har større betydning i de store kommunene.

Denne undersøkelsen er på flere områder sammenfallende med andre undersøkelser som er gjennomført med samme utgangspunkt på kommunestørrelser. For å oppnå en likebehandling ved tildeling av langtidsplass i sykehjem i Norge der lov/avtaleverk, verdighetsgarantien, LEON og IPLOS anvendes, bør det gjennomføres en konsekvensanalyse om utarbeidelse av nasjonale overordnede kriterier og retningslinjer etter en liknende mal som det nasjonale verktøyet IPLOS.

Konsekvenser for praksis ved å gjennomføre ovenfornevnte kan føre til en større likhet og rettferdig behandling av søkere til langtidsplass i sykehjem.

# Litteraturliste

## Litteraturliste:

Aftenposten, 26.08.2011, Jussprofessor: Aslak Syse, "Stoltenbergs garanti uten innhold".

Aftenposten, 23.08. 2011. "Eksperter: Eldre bør klage" Nyheter, Kommune-og fylkestingsvalget.

Baldersheim, H. Smith, E. 2011, "Lokalt demokrati uten kommunalt selvstyre?" Abstrakt forlag AS. ISBN 978-82-7935-314-0.

Bjørk, I. T. Solhaug, M. 2008, "Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie", Akribes AS, 1. utgave, 1. Opplag.

Dalen, M. 2004. "Intervju som forskningsmetode: En kvalitativ tilnærming", Universitetsforlaget, 1. utgave ISBN: 9788215018157.

Drageset, S. Ellingsen S, 2009 «Forståelse av kvantitativ helseforskning – en introduksjon og oversikt». Nordisk Tidsskrift for Helseforskning-nr. 2. 5 - årgang.

Fangen, K. 2004, "Deltagende observasjon", Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS, ISBN 82-7674-584-9.

Fink, A. 2008, "How to Conduct Surveys, A Step-by-Step Guide", 4th edition. SAGE Publications, Inc. ISBN: 978-1-4129-6668-9.

FOR 2002-12-20 nr. 1731: Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten. Helse- og omsorgsdepartementet.

FOR 2003-06-27 nr. 792: Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestenes for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. Helse- og omsorgsdepartementet.

FOR 1988-11-14 nr. 932: Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie. Helse- og omsorgsdepartementet.

FOR 1996-12-06 nr. 1127: Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter (internkontrollforskriften). Arbeidsdepartementet.

FOR-2010-11-12-1426 Verdighetsgarantiforskriften. Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien) (2010-11-12). Helse- og omsorgsdepartementet.

Gautun, H. Hermansen, Å. 2011, "Eldreomsorg under press", Kommunenes helse- og omsorgstilbud til eldre. Fafo-rapport 2011:12, ISBN 978-82-7422-802-3 (papirutgave), ISBN 978-82-7422-803-0 (nettutgave).



Gjevjon, Roth. E, Romøren, Tor Inge. 2010, ”Vedtak om sykehjemsplass – hvor høye er tersklene”?, Senter for omsorgsforskning, Høgskolen i Gjøviks rapportserie, nr. 10, ISBN:978-82-91313-55-9.

Gullestad, M. 2002, ”Det norske sett med nye øyne – kritisk analyse av norsk innvandringsdebatt”, Universitetsforlaget, 2. opplag 200.

Haukelien, H. (Telemarksforskning), Vike, H. (SAI, UIO), Landsverk Hagen, A. (SINTEF), Rudningen, G. (SINTEF) 2011, ”Frihet til likeverd”, Likhetsverdier, lokal tilpasning og ansvarsfordeling, TF-rapport nr. 281.

Helsedirektoratet 2009, ”Veileder for personell i kommunale helse- og sosialtjenester”, IS – 1112 IPLOS.

Helsedirektoratet 2010, ”Revidering av IPLOS samlemål”, Rapport fra arbeidsgruppe. IS-1831.

Johannesen, A. Tufte, P. A. Kristoffersen, L. 2005, ”Introduksjon til Samfunnsvitenskapelig metode”, Abstrakt forlag as, 3. utgave, 3. opplag. ISBN 978-82-7935-212-9

Kjøs, B. Ø. Botten, G. Romøren, T. I. 2008, ”Quality improvement in a publicly provided long-term care system: the case of Norway”. Center for Care Research, Gjøvik University College, Gjøvik Norway, and Institute of Health Management and Health Economics, Faculty of Medicine, University of Oslo, Norway.

Kvale, S. Brinkmann, S. 2009, "Det kvalitative forskningsintervju", Gyldendal Norsk Forlag AS. ISBN 978-82-05-38529-0

Landmark, B. Romøren, T. I. 2011, "Terskel for sykehjemsplass i Oslo og Akershus – slik tildelingstjenesten ser det". Senter for omsorgsforskning, Høgskolen i Gjøviks notatserie, nr. 1, Sykehjem i Oslo og Akershus, ISBN: 978-82-91313-60-3

Lorensen, M. 1998, "Spørsmålet bestemmer metoden", Forskningsmetoder i sykepleie og andre helsefag, Universitetsforlaget AS.

LOV 1967-02-10 nr. 00: Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker, forvaltningsloven. Justis- og beredskapsdepartementet.

LOV 1982-11-19 nr. 66: Lov om helsetjenesten i kommunene, kommunehelsetjenesteloven. Helse- og omsorgsdepartementet.

LOV 2011-06-24-30: Lov om helsetjenesten i kommunene, kommunehelsetjenesteloven. Helse- og omsorgsdepartementet.

LOV 1999-07-02 nr. 64: Lov om helsepersonell m.v. helsepersonelloven. Helse- og omsorgsdepartementet.

LOV 1999-07-02 nr. 63: Lov om pasientrettigheter, pasientrettighetsloven. Helse- og omsorgsdepartementet.

LOV -199-07-02-61: Lov om spesialisthelsetjenesten med mer, spesialisthelsetjenesteloven. Helse- og omsorgsdepartementet.

Malterud, K. 2003, ”Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring”, 2 utgave, Universitetsforlaget. ISBN 82-15-00275-7

Moland, L. 2011, ”Praksis ved tildeling av sykehjemsplasser i Oslo”, Fafo-rapport, ISBN 978-82-7422-812-2, ISBN 0801-6143.

Molven, O. 2009, ”Helse og Jus, En innføring for helsepersonell”, Gyldendal forlag AS 2009, 6. utgave, 1 opplag 2009.

NOU 2005: 3, ”Fra stykkevis til helt, En sammenhengende helsetjeneste”. Innstilling fra et utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon av 17. oktober 2003. Avgitt til Helse- og omsorgsdepartementet 1. februar 2005.

Prop. 91 L, 2010-2011, Innst. 424 L, 2010-2011, Lovvedtak 63, 2010-2011, ”Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester”. Helse- og omsorgsdepartementet.

Sosial- og helsedirektoratet, 2006, ”Saksbehandling og dokumentasjon for pleie- og omsorgstjenester”, Veileder, IS-1040.

”Store Norske Leksikon”, 2012, Gyldendal Norsk Forlag AS,  
[www.forebygging.no/en/Ordbok](http://www.forebygging.no/en/Ordbok)

St.meld.nr 34, (1999-2000) ”Handlingsplan for eldreomsorgen etter 2 år”. Det Kongelige Sosial- og helsedepartement.

St.meld 25, (2005-2006) ”Mestring, muligheter og mening”, Framtidas omsorgsutfordringer, Omsorgsplan 2015. Helse- og omsorgsdepartementet.

St.meld. nr.9, (2008-2009) Perspektivmeldingen 2009, Finansdepartementet.

St. meld.nr. 47, (2008-2009), ”Samhandlingsreformen”, Rett behandling- på rett sted – til rett tid. Helse- og omsorgsdepartementet.

[http://www.regjeringen.no/en/dep/hod/dok/andre/brev/utvalgte\\_brev/2011/samhandlin...](http://www.regjeringen.no/en/dep/hod/dok/andre/brev/utvalgte_brev/2011/samhandlin...)

10.02.2012

Thornquist, E. 1998, ”Klinikk, kommunikasjon, informasjon”, Ad Notam Gyldendal. ISBN 82-417-0904-8.

Vike, 2004, ”Velferd uten grenser 1, Den norske velferdsstaten ved veiskillet”. Akribe as, 2004, 1. utgave, 1. Opplag.

# Vedlegg

Oversikt over kommunene i Hedmark og Oppland med kommunevåpen.

Hedmark	
<div data-bbox="186 645 231 698"></div> Alvdal <div data-bbox="186 750 231 804"></div> Eidskog <div data-bbox="186 855 231 909"></div> Elverum <div data-bbox="186 960 231 1014"></div> Engerdal <div data-bbox="186 1066 231 1120"></div> Folldal <div data-bbox="186 1171 231 1225"></div> Grue <div data-bbox="186 1276 231 1330"></div> Hamar <div data-bbox="186 1382 231 1435"></div> Kongsvinger <div data-bbox="186 1487 231 1541"></div> Løten <div data-bbox="186 1592 231 1646"></div> Nord-Odal <div data-bbox="186 1697 231 1751"></div> Os <div data-bbox="186 1803 231 1856"></div> Rendalen <div data-bbox="186 1908 231 1962"></div> Ringsaker	



Stange



Stor-Elvdal



Sør-Odal



Tolga



Trysil



Tynset



Våler



Åmot



Åsnes

# Oppland



Dovre



Etne



Gausdal



Gjøvik



Gran



Jevnaker



Lesja



Lillehammer



Lom



Lunner



Nord-Aurdal



Nord-Fron



Nordre Land



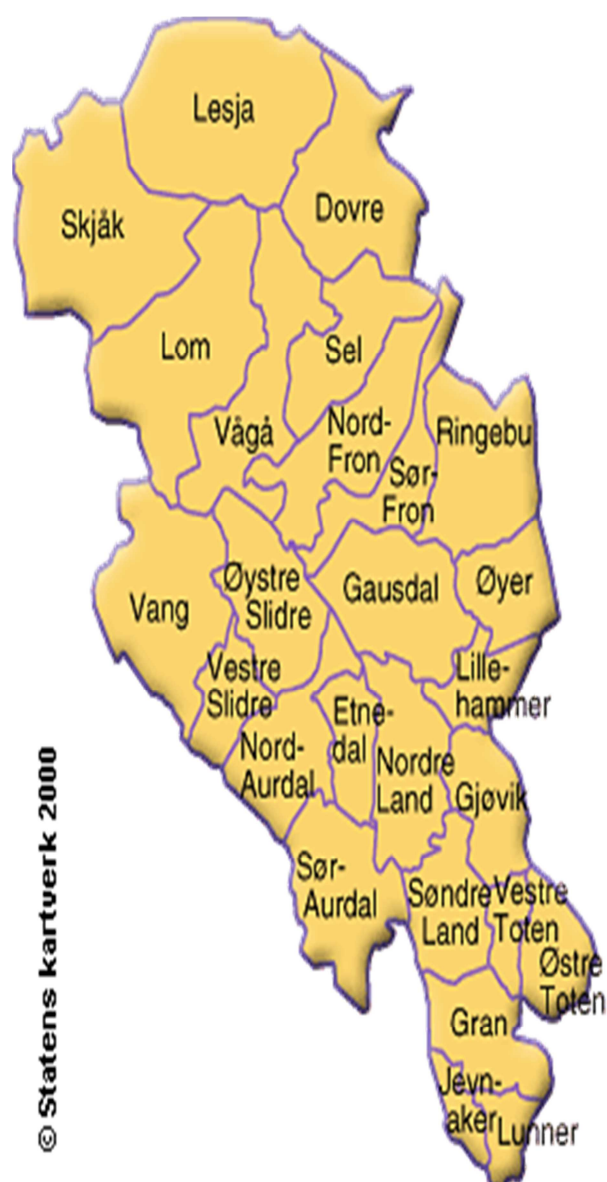
Ringe













Sel



Skjåk



© Statens kartverk 2000

 Søndre Land	
 Sør-Aurdal	
 Sør-Fron	
 Vang	
 Vestre Slidre	
 Vestre Toten	
 Vågå	
 Østre Toten	
 Øyer	
 Øystre Slidre	



## Utsendt spørreskjema til kommuner i Hedmark og Oppland

### 1. Nasjonale kriterier ved tildeling av langtidsplass i sykehjem.

#### 1.1. Hvordan er saksbehandlingen organisert?

Sentral tildelingsenhet/kontor

Søknaden blir behandlet av institusjonslederne

Søknaden blir behandlet av egne personer i institusjonen

Annet

#### 1.2. Dersom svaret i spørsmål 1.1 er annet beskriv hvordan

#### 1.3. Hvilken posisjon og kompetanse har de som tildeler og fatter beslutning om langtidsplass i sykehjem?

#### 1.4. Har kommunen retningslinjer som er førende for saksbehandlingen knyttet til tildeling av langtidsplass i sykehjem?

#### 1.5. Hvis dere har retningslinjer, beskriv disse.

#### 1.6. Har dere spesielle kriterier for tildeling av langtidsplass i sykehjem?

Eks: minst 4-6 besøk av hjemmesykepleien pr dag. Bruker klarer ikke å ordne seg mat og spise selv. Bruker kommer ikke på toalettet, har klare fysiske begrensninger, mm.

#### 1.7. Er de politisk vedtatt?

Ja

Nei

1.8. Er kriteriene tilgjengelige for publikum på kommunens nettsider eller andre steder? I så fall hvor?

1.9. Skiller dere på å tildele rettigheten til langtidsplass i sykehjem i vedtak og selve tildelingen/innplasseringen?

1.10. Finner dere hjelp/støtte i lov/forskrift ved tildeling av langtidsplass i sykehjem?

Ofte

Sjelden

Aldri

1.11. Har IPLOS registreringen betydning som grunnlag for tildeling?

Ja

Nei

1.12. Gjennomfører dere vurderingsbesøk før det tildeles langtidsplass i sykehjem?

Ofte

Sjelden

Aldri

1.13. Hvem gjennomfører vurderingsbesøket?

1.14. Får pasienter korttidsopphold/vurderingsopphold i sykehjem før det fattes vedtak om langtidsopphold?

Oftest

Sjelden

Aldri

1.15. Har konklusjonen fra vurderingsoppholdet noen betydning for tildeling av langtidsplass i sykehjem?

Vi legger avgjørende vekt på denne

Vi tar denne vurderingen med som en blant flere forhold vi tillegger vekt

1.16. Når en pasient har behov for langtidsplass i sykehjem, men kommunen ikke har flere plasser, hva gjør dere med tildelingen?

Avslår søknaden

Gir pasienten venteliste med garanti

Venter med å behandle søknaden

1.17. Trekkes konklusjon om behov for sykehjemsplass uavhengig av kommunens ressurser?

1.18. Hva er den avgjørende begrunnelsen for tildeling av langtidsplass i sykehjem?

1.19. Er terskelen for å få sykehjemsplass i deres kommune for høy?

Ja

Nei

1.20. Hvilke av disse faktorer har betydning ved tildeling av langtidsplass i sykehjem:

Medisinsk faglig

Hjemmesykepleiens vurdering

Ressurser i kommunen

Saksbehandlers oppfatning

Brukers egen oppfatning

Styring fra andre internt i kommunen

Pårørende

Pressen/Media

1.21. Er det behov for nasjonale kriterier ved tildeling av langtidsplass i sykehjem?

Ja

Nei

- 1.22. Navn på kommune?

Intervjuguide:

Spørsmål til kommunene relatert til den kvalitative undersøkelsen.

1. Finner dere hjelp/støtte i lov/forskrift ved tildeling av langtidsplass i sykehjem?
2. Har IPLOS registreringen betydning som grunnlag for tildeling av langtidsplass i sykehjem?
3. Opplever dere at IPLOS er et anvendelig praktisk verktøy?  
Til bruk for og som grunnlag for vurderinger? På hvilken måte?
4. Trekket konklusjonen om behov for sykehjemsplasser uavhengig av kommunens ressurser?  
Når ordet ressurser brukes, tenker dere da først og fremst på økonomiske ressurser?
5. Er terskelen for å få sykehjemsplass i deres kommune for høy?
6. Har samarbeid med pårørende betydning ved tildeling av langtidsplass i sykehjem? På hvilken måte?
7. Er det behov for nasjonale kriterier ved tildeling av langtidsplass i sykehjem?